

33
2es,



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

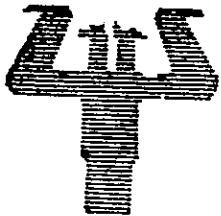
FACULTAD DE PSICOLOGIA

"EVALUACION DE TECNICAS DE ENSEÑANZA EN
UN PROGRAMA DE ORIENTACION PARA
ADOLESCENTES."

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :

CLAUDIA GUADALUPE BECERRA SANCHEZ
JOSE MIGUEL RODRIGUEZ DORANTES



DIRECTOR DE TESIS: DRA. GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE.

MEXICO, D. F.

1998.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

262610.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS.

A MIS PADRES.

Gracias por darme la vida y llenarla de momentos felices e inolvidables.
Por enseñarme a luchar ,por ser honesta conmigo y por mostrarme que para lograr un triunfo se necesita dedicación. Enseñanzas que me encausarán para lograr esta meta , que es el resultado del trabajo de todos y que hoy me llena de orgullo.

A MI HERMANO.

Te dedicó este logro esperando que te llene de orgullo y felicidad como a mi me da cada logro tuyo. Pero sobre todo quiero pedirte que abras los ojos y tu corazón y observarás que siempre ha habido gente como yo que te ama por lo que eres y que nunca te dejarán solo. Recuerda que Dios quiso que solo fuéramos dos para que nos acompañáramos siempre.

A MIS ABUELTOS.

Hoy les brindo este regalo, por haberme cuidado como a una hija mas, por que a su lado siempre he encontrado cariño, dedicación y consejos.

A MIS TIOS.

Por sus consejos, cuidados, confianza , apoyo y amor dones que me ayudarán para lograr este triunfo en mi vida, que hoy les dedicó. Gracias por darme el mejor ejemplo de superación y por darme unos primos fabulosos .

A TU AMOR.

Por los momentos que nos han unido como pareja, por darme apoyo, confianza, cariño, felicidad, ternura, sinceridad, presencia y comprensión. Pero sobre todo por que a tu lado conocí otro significado de lo que es amor, que hoy me hace sentir parte de ti y llevarte siempre dentro de mi.

A RENATA ANELUIS.

Por todos los momentos que hemos pasado juntas, por brindarme compañía en momentos difíciles, por sus consejos y por que siempre están dispuestas a escuchar. Pero sobre todo por su amistad.

A CARLO.

Por ser para mi un buen amigo y por todo lo que me ha demostrado tu amistad. Gracias por toda tu ayuda.

A TODOS GRACIAS.

YAY.

MADRE.

Era inevitable tu presencia en estas páginas. Por tu tiempo, cariño,
dedicación, confianza, apoyo , amistad y amor.

JOSÉ RAFAEL.

Más que un hermano, amigo, compañero y confidente me place
compartir este logro contigo.

TIO JUAN.

Tus consejos, cuidados y guía me sirvieron para labrar poco a poco mi
propio camino y dirigirme hacia esta meta ; gracias por estar a
mi lado y encausarme con tu paterna mirada.

REYNA.

Tu confianza, cariño, paciencia, tolerancia y apoyo han sido para mí importantes y me han dado fuerza para seguir y perseverar horizontes en la vida.gracias

hermana.

A todas las personas que han compartido conmigo momentos, espacios, tiempos,
situaciones, sentimientos afectos, y amistad :

Mi familia en general (Eden, Job, Los primos de Temixco, Pao, Juanito, Jacob y
Francisco, mis Tías y mi Abuelita) .

Lula (por tu espacio), Gustavo "Cowboy", "Canijín", Joan, Armando "Arbanus",
Eduardo, Flor. Marisa, Fer, Luz Elena , Magalí , Marisol, Ericka, Victor Hugo, Paty
Mccabe, Carolina, Gloria, Javier, Toñito, Ana R , Héctor y a todos los amigos y
amigas que no he nombrado (No por omisión) y que han formado parte de mi vida.

GRACIAS JOSÉ MIGUEL

A los profesores que han contribuido en nuestra formación y que con su empeño nos motivarán al estudio y al deseo de conocimiento y superación; en especial a los profesores que forman parte del Programa de Enseñanza - Aprendizaje en el Trabajo (PEAT). Cuya presencia influyó en nuestro desarrollo académico y profesional, agradecemos el interés mostrado.

Al programa de Becas para Tesis de Licenciatura en proyectos de investigación, por el apoyo que nos brindaron para la realización de este proyecto.

(Lic. Rosario Jiménez.).

A Centros de Integración Juvenil , Centro Local Coyoacán; Por las facilidades, disponibilidad y espacio ofrecidos para la realización de esta investigación, nuestro especial agradecimiento a la Lic. Elsa Feher.

A la escuela secundaria pública N° 145 "José Guadalupe Najera" que nos abrieron sus puertas y permitieron llevar a cabo la aplicación de nuestro proyecto.

A sus alumnos de tercer grado gracias por su participación.

A TODOS GRACIAS.

CLAUDIA Y JOSÉ MIGUEL

ÍNDICE.

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN. 1

CAP. I CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL. 3

- 1.- Antecedentes históricos.
- 2.- Programas institucionales.
- 3.- Orientación Preventiva a Adolescentes (OPA).
- 4.- Educación para la salud.

CAP. II FARMACODEPENDENCIA. 8

- 1.- Antecedentes históricos.
- 2.- Tipo de drogas o fármacos.
- 3.- Tipos de usuarios.
- 4.- Etiología de la farmacodependencia en la adolescencia.
- 5.- Factores individuales o psicológicos.
- 6.- Factores familiares.
- 7.- Factores sociales.

CAP. III ADOLESCENCIA. 17

- 1.- Definición y etapas de desarrollo de la adolescencia.
- 2.- Aspectos emocionales, psicosociales y cognoscitivos de la adolescencia.
- 3.- Uso y abuso de sustancias psicoactivas durante la adolescencia.
- 4.- El juego en el adolescente.

CAP. IV TÉCNICAS DE ENSEÑANZA. 26

- 1.- ¿Que es la enseñanza?.
- 2.- Definición de técnicas de enseñanza.
- 3.- El juego como técnica de enseñanza.
- 4.- La técnica expositiva.
- 5.- El enfoque psicosocial de la enseñanza.

CAP. V METODOLOGÍA. 38

CAP. VI PROCEDIMIENTO.	40
1.- Procedimiento general.	
2.- Carta descriptiva de la técnica lúdica.	
3.- Carta descriptiva de la técnica expositiva.	
CAP. VII INSTRUMENTO.	58
CAP. VIII ANÁLISIS DE DATOS.	60
CAP. IX RESULTADOS Y DISCUSIÓN.	94
ANEXOS.	97
REFERENCIAS.	108

RESUMEN.

La presente investigación evalúa las técnicas de enseñanza lúdico participativas y expositiva tradicional, como herramientas en el ámbito institucional con el objeto de ser útiles, en el desarrollo de programas de orientación que tengan como función la participación en la prevención de la farmacodependencia. Teniendo como escenario los Centros de Integración Juvenil; A.C. , en el Centro Local Coyoacán, se trabajó la prevención de la Farmacodependencia dentro del programa llamado Orientación Preventiva para Adolescentes (OPA), con una muestra no probabilística de tipo intencional de 105 alumnos de sexo masculino y de sexo femenino, de la escuela secundaria pública de la delegación de Coyoacán en el Distrito Federal. Se utilizaron tres grupos: dos experimentales y uno control. Los grupos experimentales trabajaron bajo la condición de enfocar el curso de orientación a través de técnicas de enseñanza, para lo cual un grupo fue sometido a la técnica lúdica y el otro grupo a la técnica expositiva, mientras que en el caso del grupo control, no se le aplicó ningún tratamiento experimental. En todos los casos se aplicó un pretest y un postest de actitudes hacia conductas de alto riesgo con la finalidad de encontrar diferencias estadísticamente significativas entre las técnicas de enseñanza. Habiendo obtenido diferencias no significativas se procedió a la aceptación de la hipótesis estadística de las no diferencias y no se confirmó consecuentemente la hipótesis de trabajo.

También constituyó parte de esta investigación probar un instrumento (CHIMALLI), con el propósito de extender su uso a la problemática del presente estudio. Se encontró que dicho instrumento útil para medir actitudes hacia conductas de alto riesgo, no resultó adecuado para nuestros propósitos de medición.

INTRODUCCIÓN.

El complejo problema de la farmacodependencia involucra a diversas instituciones a crear áreas de conocimiento a partir de la realización de investigaciones, prevención, tratamiento y rehabilitación a favor del cuidado de la salud integral del individuo y de la desaparición del problema de la farmacodependencia.

En los últimos veinte años y de acuerdo a las estadísticas de casos reportados por Centros de Integración Juvenil y el Instituto Mexicano de Psiquiatría, se observa un aumento progresivo en el abuso de sustancias psicoactivas entre la población adolescente; estas observaciones estimulan a los investigadores a crear programas de prevención, sin embargo, no en todos ellos se lleva a cabo una evaluación de su eficacia.

Por tanto, los objetivos principales de la siguiente investigación fueron:

1).-Evaluar la eficacia de dos técnicas de enseñanza : la lúdico-participativa y la expositiva-tradicional como fomento preventivo en adolescentes dentro de un programa de farmacodependencia. Para tal motivo, se utilizaron los planteamientos de la educación para la salud la cual promueve el logro de condiciones de salud a un nivel individual y colectivo con el apoyo de la participación conjunta y fomentando la aparición de actitudes de autocuidado para combatir los riesgos psicosociales en los que se desarrolla todo adolescente.

2).- Probar la eficacia dentro de esta problemática la escala de actitud de riesgo psicosocial "CHIMALLI", con el propósito de encontrar en él, una utilidad para la medición de conocimientos y para la evaluación de las técnicas de enseñanza antes mencionadas.

La evaluación de la eficacia de estas técnicas de enseñanza se llevó a cabo a partir de dicho instrumento que mide las conductas de autocuidado en los adolescentes dentro de un programa de prevención, aplicándose antes y al finalizar el programa de orientación preventivo. Estas características son las que nos llevaron a buscar una utilidad más en el instrumento, ya que coinciden con algunas de las características que se tenían en esta investigación como:

a).-La población adolescente , teniendo como muestra a 105 alumnos de la Escuela Secundaria # 145 (José Gpe Najera Jiménez) distribuida en tres grupos experimentales, quienes representaban a las técnicas de enseñanza (LÚDICO-PARTICIPATIVA Y EXPOSITIVA-TRADICIONAL) y un grupo control, cada grupo conformado por 35 alumnos.

b).- Se tenía un programa de orientación preventiva de farmacodependencia que se encontraba dividido en áreas específicas que se agrupaban o considian con las propuestas en el instrumento como: DROGADICCIÓN, SALUD, EVENTOS NEGATIVOS, ACTOS ANTISOCIALES Y SEXUALIDAD.

c).- Otro punto en común fue el hecho que se tenía que llevar a cabo una evaluación antes y después de finalizar el programa de orientación para verificar si existía un cambio significativo y si este ocurría , conocer en favor de que técnica de enseñanza se encontraba.

La inquietud de realizar la presente investigación surgió a partir de la realización de prácticas institucionales en Centros de Integración Juvenil , gracias al apoyo de un programa realizado por la Facultad de Psicología , llamado Programa enseñanza en el trabajo (P.E.A.T.), que tiene como propósito , el insertar a los estudiantes de Licenciatura de Psicología a la enseñanza aprendizaje en el trabajo dentro de instituciones. En nuestro caso específico nos permitió elaborar programas de prevención de farmacodependencia en dos grados : a).-Información Pública Periódica. que consiste en llevar a la población en general información sobre la farmacodependencia como: definición de la misma dirigida a la educación para la salud, factores de que la originan , explicación de términos como : incidencia, abuso, tolerancia y abstinencia. b).-Orientación Preventiva a Adolescentes , que nos permitió elaborar nuestro programa de orientación, para lo cual realizamos un piloteo que consistió en dieciocho cursos distribuidos en cuatro escuelas de enseñanza media. Cabe destacar que dicho programa tiene una duración de ocho a diez sesiones; en él se pretende dar información que permita la prevención de la farmacodependencia. La realización de estos cursos , nos llevaron a cuestionarnos sobre la pertinencia de una evaluación que permitiera saber la utilidad de los cursos realizados, que sirvieran de retroalimentación al personal técnico y voluntario de la institución en el momento de ser llevados a cabo, ya que Centros de Integración Juvenil carece (por lo menos esa fue nuestra percepción en la experiencia que obtuvimos) de investigaciones o programas de evaluación, en este sentido.

CAP. I.- CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL (C.I.J.).

I.1.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

Centros de Integración Juvenil, se origina de la labor de un grupo organizado, que en 1969, preocupado por el creciente aumento en el abuso de sustancias psicoactivas entre los jóvenes; realizó importantes esfuerzos para tratar de sensibilizar a la población sobre la magnitud y la urgencia de participar comunitariamente en la atención y prevención de la farmacodependencia. En 1970, dichos esfuerzos se ven coronados con la apertura del primer Centro de integración juvenil.

A lo largo del tiempo, Centros de Integración Juvenil se fue abocando a la tarea de promover entre las comunidades su visión y su forma de trabajo sustentado, en la filosofía de la autosugestión y en los planteamientos de la educación para la salud, logrando contactar a sectores importantes de la sociedad vinculándolos institucionalmente, con el objetivo de sumar esfuerzos en aras de la prevención, orientación y tratamiento (rehabilitación) de la farmacodependencia.

A través de la experiencia Centros de Integración Juvenil, ha fundado su trabajo en la estrategia de educación para la salud; con base en esta estrategia, y a partir de reconocer que el problema de la farmacodependencia en México constituye un problema social importante en nuestro tiempo, cuyo abordaje se inserta en el marco de la salud pública, en el contexto de la medicina social; plantea que al igual que cualquier problema de salud pública, la farmacodependencia encuentra explicación en la estructura de una organización social en donde, con el paso del tiempo las condiciones materiales de vida que de ella se derivan (tomando en cuenta los patrones culturales, situaciones familiares y características psicológicas individuales.) impactan de manera considerable en la forma de concebir la realidad, aunado esto a la forma de interacción y comunicación social, por lo que se hace evidente apelar a estrategias que permitan la incorporación de distintos sectores de la sociedad que integran a la comunidad en sí, con el fin de disminuir el problema. Esta forma integral, permite a Centros de Integración Juvenil observar a la población juvenil, que por sus condiciones, constituye la institución más susceptible en lo que se refiere a la farmacodependencia.

Con 27 años de trabajo, hoy en día, Centros de Integración Juvenil; representa una de las instituciones del país con mayor experiencia en cuanto al tratamiento del problema de la farmacodependencia; contando con un modelo integral que contempla programas de investigación científica, de prevención, de atención curativa y de capacitación, así como también de participación de la sociedad civil y de diversas instituciones publicas y privadas que se unen a ella para apoyar sus funciones.

I.2.- PROGRAMAS INSTITUCIONALES.

La estructura de Centros de Integración Juvenil se basa principalmente en la prevención; la cual se fundamenta en las estrategias de información, orientación, y capacitación. La información constituye el proceso básico sobre el que se desarrollan la orientación y la capacitación; complementándose entre si y utilizándose ordenadamente según se trate. Estas estrategias a su vez se rigen y conforman institucionalmente con el objeto de promover acciones encaminadas al mantenimiento o logro de mejores condiciones de salud, traducidas en acciones concretas en el nivel individual y colectivo, por medio de una acción participativa con la comunidad.

Para facilitar la percepción global de los proyectos junto con los contenidos de cada uno de ellos; presentamos a continuación un esquema que resume la estructura de los programas:

1. INFORMACIÓN

- Información publica periódica (I.P.P.)
(Población Abierta)
- Escuelas.
(Alumnos)

2. ORIENTACIÓN

- Escuelas (O.P.A.)
(Alumnos)
- Orientación familiar preventiva (O.F.P.)
(Padres de familia).
- Grupos organizados (G.O.)
(Grupos en general).

3. CAPACITACIÓN

- Grupos organizados.
(Grupos en general).
- Voluntariado y personal en servicio social.
(Voluntarios y pasantes).
- Capacitación a la comunidad.
(Población abierta).

Nosotros para los fines de nuestra investigación trabajaremos con el programa de orientación en su modalidad de O.P.A. (Orientación Preventiva a Adolescentes), contando con el antecedente del programa informativo (I.P.P.) cuyo seguimiento es importante para dar sustento al aspecto preventivo.

I.3.- ORIENTACIÓN PREVENTIVA A ADOLESCENTES

“La orientación se considera como acción y efecto de orientar u orientarse” C.I.J.; (1987). Dicho proceso puede involucrar a un solo sujeto o a mas de uno, teniendo un perfil sustentado en la comunicación, en la cual existe un orientador y un orientado sin implicar pasividad en cualquiera de las partes.

Este argumento nos permite hacer presente al fenómeno de la farmacodependencia como un universo que engloba diversos factores que posibilitan su ubicación; así como que tipo de relaciones guarda con las diferentes estructuras culturales como la social, la familiar, la económica, la educativa, etc.. Esta visión podría determinar el papel que juega la farmacodependencia en la vida de los sujetos, propiciando con esto, un cambio de actitud que facilite la adquisición e incorporación de elementos que permitan conseguir mejorar las condiciones de salud mental.

Tomando en cuenta lo anterior, el proyecto de Orientación Preventiva a Adolescentes (O.P.A.); parte de la concepción de que la farmacodependencia constituye un problema de Salud Publica (que incluye factores sociales, familiares e individuales.

Como estrategia de abordaje, proporciona elementos a los adolescentes que permiten entender y manejar cambios y conflictos que le son propios como parte de su realidad, posibilitando la prevención del uso y abuso de sustancias desde diversas alternativas inspiradas en la Educación para la Salud.

El O.P.A. cuenta por ende comò su objetivo general la Orientación a los adolescentes para la creación de alternativas que permitan la prevención de la farmacodependencia considerando la multicausalidad¹, que la constituye como fenómeno.

El O.P.A. ayuda a la formación de grupos en los cuales los adolescentes pueden exteriorizar sus inquietudes, instrumentando actividades que permitan a partir de su situación, involucrarse en la prevención a su vez también promueve la instrumentación de dinámicas grupales que facilitan la expresión de intereses comunes en los adolescentes con la finalidad de que asuman de forma integral los cambios por los que atraviesan, de tal manera de que puedan mejorar en su medio familiar y social.

¹ Se entiende como “multicausalidad” el conjunto de factores que engloba principalmente aspectos del tipo individual, social y familiar.

En resumen, el trabajo de orientar nos lleva a la necesidad de adoptar una postura que permita al sujeto cuestionarse sobre su lugar y dirección en la vida. Dicha actitud nos ayudaría a llevar a cabo aquellas acciones que permitan conducirnos al fin esperado; provocando un cambio en el tipo de vida y posiblemente en la forma de interactuar el la comunidad.

1.4.- EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

Entendemos por educación para la salud el proceso en el cual se estimulan cambios en la acción de las personas y grupos frente a su problemática común de salud; es decir, la educación para la salud implica por parte de un actor social un intento para modificar las concepciones y practicas de salud de otros actores vistos como individuos o como grupos; incorporándose estos al proceso como receptores de información o como protagonistas de su propio cambio.

La propuesta de "educación para la salud" encuentra eco en planteamientos como los de Paulo Freire y Orlando Fals-Borda. Freire (1970), por ejemplo, parte de una concepción de hombre como ser de relaciones, que reflexiona sobre si mismo y sus circunstancias, de manera tal que puede transformar su realidad. Teniendo en cuenta la relación con el contexto que se da en un tiempo determinado, y que constituye la esencia de su cotidianidad; que en su devenir permite una serie de cambios operables en sus condiciones materiales de vida, lo que le proporciona una participación plena en las circunstancias de su entorno; dando origen a una acción histórica de su parte.

Asimismo, Fals-Borda (1986) señala que "la tarea de cambio social no puede acometerse a cabalidad sin una alianza ideológica de compromiso mutuo entre los pobladores locales y los intelectuales de afuera; para llevar a unas metas compartidas". Concibiendo a estos pobladores como seres capaces de actuar y crear, cuyos valores, costumbres y, en general sus modos de ver el mundo, son respetados. Por tanto las técnicas de educación sugeridas, serian aquellas centradas en el testimonio de experiencias de los pobladores, así como en la observación y practica directa de los contenidos y procesos. De tal manera que la participación organizada y autosugestiva de estos grupos; opere en el nivel de resolución de su propia problemática colectiva, para lo cual se necesita de la participación conjunta de profesionales que manejen la técnica y metodología adecuadas, en aras de un fin común propuesto como objetivo.

Por su parte Franco Agudelo (1990), subraya que la educación va mas allá del saber formal, colocándose en el espacio de la sociedad; este autor reconoce la influencia de la experiencia cotidiana, tanto la que ocurre en las relaciones inter personales, como la que se da a través de los medios de comunicación social. Tomando en cuenta los conocimientos y destrezas vinculados a la salud, como factores necesarios pero no suficientes en un proceso educativo, dado el papel mediador que desempeñan los elementos de orden social, psicológico y afectivo.

En cuanto al papel de los factores psicosociales en los procesos de educación para la salud, se tiene que en las ciencias sociales pueden identificarse dos corrientes en cuanto a los principios de cambio conductual y de enseñanza- aprendizaje utilizados y, en estrecha relación con ellos, el tipo de factores psicosociales a los cuales se asigna importancia.

La primera, de corte positivista (podría denominarse tradicional), se sustenta en los planteamientos de la Escuela de Yale, predominantes durante los 60s. En donde, según los cambios de actitud y conducta se logran por la vía de la información, que debe ser suministrada en un auditorio pasivo por una figura prestigiosa; recayendo el énfasis, sobre la adquisición de conocimientos. En esta misma línea, con un punto de vista teórico diferente, considerando al “educando” como un ente pasivo, se encuentran los planteamientos del conductismo a ultranza, que propone el condicionamiento operante como vía para la adquisición de conductas individuales, en donde el educador se limita a aplicar programas de reforzamiento. Sin embargo, estas tendencias no incluyen explícitamente el marco psicosocial en el cual tiene lugar el comportamiento, por lo que favorecen técnicas y modalidades puntuales de instrucción, (como la charla, la demostración, el audiovisual o el programa de reforzamiento, cuya Elaboración esta a cargo de un “experto”) que derivan a una instrucción hasta cierto punto limitada y carente de dinámica interna.

La segunda corriente, de corte fenomenológico-social (podría llamarse alternativa o no convencional) se sustenta en principios de la educación libre, según los cuales la educación no busca cambiar comportamientos aislados, sino la visión que el hombre tiene de su realidad y de sí mismo, así como las acciones que emprende para modificar sus condiciones de vida. Desde una perspectiva psicosocial, la corriente incorpora explícitamente el contexto socio-cultural e histórico en el cual ocurre la acción, e intenta comprenderla desde el significado asignado por los mismos actores, sin explicar ni predecir la conducta desde puntos de vista externos.

En este sentido, los procesos educativos se encuentran integrados a los de participación comunitaria favoreciendo técnicas a largo plazo (como las reuniones-discusiones grupales, con apoyos visuales y audiovisuales elaborados conjuntamente por el “experto” y el “participante”), que proporcionan una mejor comprensión de la problemática psicosocial, ayudando a intervenir en base a la dinámica específica del grupo o comunidad.

CAP. II.- FARMACODEPENDENCIA.

II. 1.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Se tiene informes que desde tiempos remotos, el hombre ha utilizado diversas sustancias, naturales o sintéticas, con fines religiosos, bélicos, y sobre todo, curativos. Por ejemplo, se tienen datos acerca de que el hombre primitivo, quien vivía en una relación simbiótica estrecha con su medio, conocía ya los efectos de la ingestión de ciertas plantas sobre sus facultades físicas y mentales. Sin lugar a dudas, algunos de estos descubrimientos fueron hechos al buscar nuevas fuentes de alimentos, y en algunas otras ocasiones como resultado de la curiosidad y del impulso natural del hombre hacia la experimentación.

De esta manera algunas plantas fueron identificadas como venenosas y se evitaron como fuentes de alimentación, restringiendo su uso a la cacería y a las guerras. Por ejemplo, el curare y los glucósidos cardíacos se utilizaban en las puntas de las flechas o dardos para la cacería y en la guerra para herir o matar a sus enemigos.

Por otro lado, también se tienen informes acerca de que la ingestión de ciertas sustancias o plantas por determinados individuos de la tribu o la comunidad (por ejemplo, curanderos, brujos, sacerdotes, hechiceros, etc.) les permitía el establecer contacto o comunicación con sus dioses, o que inclusive, podían llegar a curar o desterrar males y enfermedades, que eran los azotes de las épocas.

Sin embargo, la principal aplicación de estos conocimientos, fue a nivel curativo, a tal grado que estos primeros descubrimientos empíricos, fueron la base de la medicina. Por ejemplo, se tiene referencia de que la marihuana era empleada como medicina desde hace más de tres mil años. En el México Prehispánico, el pulque no solo desempeñaba un papel importante en la vida social, sino también en el plano curativo, ya que se empleaba en los padecimientos articulares e intestinales.

No obstante, con el devenir de los años y de los avances científicos en el área de la medicina y de la farmacología, la tecnología se convirtió en un arma de dos filos, pues al mismo tiempo que diversas sustancias contribuyeron al beneficio y bienestar de la raza humana, también su empleo trajo algunos inconvenientes; así antes del S IX sólo se contaba con bebidas alcohólicas cuyas concentraciones máximas eran de 15% de etanol a través del proceso de la fermentación natural y que posteriormente a esta fecha, con el avance tecnológico alcanzado con el proceso de destilación, se pudo contar con un mayor número de bebidas alcohólicas y con un mayor nivel de concentración de etanol en ellas, poniendo con esto en peligro no sólo la salud física de los individuos, sino también su salud mental. Otro ejemplo lo constituye el exudado natural de la Amapola, cuya utilización data del año de 1500 a.C., pero que el avance de la ciencia permitió en 1805 desarrollar una forma concentrada de un tipo de analgésico: la morfina.

A la par de este acontecimiento se desarrollo la jeringa hipodérmica en 1834, ofreciendo la posibilidad de que diversos concentrados del Opio, pudieran ser administrados directamente en la corriente sanguínea, incrementando con esto la rapidez de los efectos. La tecnología siguió su marcha y en 1890 se sintetizó un nuevo producto del Opio: la Heroína, la cual provoca una euforia, antes desconocida en la Morfina y en los otros derivados del Opio.

Finalmente, al término del S. XIX y principios del XX, tuvieron lugar grandes descubrimientos en el campo de la Medicina, ya que durante esta época surgieron las vacunas, solfas, la penicilina y otros antibióticos. Pero sin lugar a dudas un descubrimiento notable de esta época, fueron los tranquilizantes con los que se pudo iniciar el tratamiento para un gran porcentaje de enfermedades mentales, trayendo con esto el avance de la Medicina Psiquiátrica.

Durante las últimas décadas se ha registrado el empleo de ciertas sustancias con fines no médicos o curativos, es decir, han sido empleadas con fines recreacionales, o bien, para disminuir las presiones y ansiedad que produce el ritmo actual de la vida contemporánea. De esta manera, el consumo exagerado de ciertas sustancias, que a su vez ha sido favorecido por la disponibilidad de un mayor número de fármacos, ha originado un problema de Salud Pública: la Farmacodependencia.

Definición de Farmacodependencia.

Los conceptos básicos sobre farmacodependencia que maneja la Organización Mundial de la Salud (OMS), se definen de acuerdo al modelo médico y se retoman aquí debido a la amplia difusión que han recibido. El término de "farmacodependencia" ha sido definido de la siguiente manera (citados en Mata y Quiroga, 1985):

"Farmacodependencia es el estado psíquico y a veces físico, causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación."

De esta definición se desprende otro concepto importante, "droga" o "fármaco" propuesto por la OMS y que es:

"Droga o fármaco es toda sustancia que introducida en un organismo vivo, puede modificar una o más de sus funciones".

Por ultimo, un concepto necesario que hay que definir es el de "abuso" :

"Abuso es el consumo de droga en forma excesiva, persistente o esporádica, incompatible o sin relación con la terapéutica médica".

Clasificación

Existen un gran número de drogas o fármacos que pueden dar origen a un estado de farmacodependencia, por tal motivo presentaremos una clasificación de las mismas.

Los fármacos de abuso se clasifican de acuerdo al efecto que ejercen sobre el Sistema Nervioso Central; a)acelerar su actividad (estimulantes) y b)retardar o deprimir su actividad (depresores).En estos grupos se encuentran los siguientes fármacos:

II. 2 .- TIPOS DE DROGAS O FÁRMACOS

A) ESTIMULANTES

AMINAS SIMPATICOMIMETICAS.

- ANFETAMINAS.
- DEXTROANFETAMINA.
- METILANFETAMINA.

COCA Y COCAÍNA.

ALUCINÓGENOS.

- MARIJUANA.
- LSD.
- MEZCALINA.
- PSILOCIBINA.

ESPECIALES.

- TABACO.
- CAFEÍNA.

B)DEPRESORES.

SEDANTES.

- BARBITÚRICOS.
- NO BARBITÚRICOS.
- ETANOL.

ANSIOLITICOS.

- CLORDIAZEPOXICO.
- DIAZEPAN.
- MEPROBAMATO.
- METACUALONA.

OPIO Y HEROÍNA.

ANALGÉSICOS NARCÓTICOS.

- MORFINA.
- CODEÍNA.
- PENTAZOCINA.

ANESTÉSICOS VOLÁTILES.

- ÉTER.
- OXIDO NITROSO.
- XILENO.
- TOLUENO.
- ACETONAS.

(Centro Mexicano de Estudios de Farmacodependencia , 1976).

II. 3.- TIPOS DE USUARIOS.

Para hacer más fácil la comprensión del uso y abuso de sustancias, definiremos los cuatro tipos de farmacodependientes de acuerdo a la OMS:

Primer tipo: Es el de los Experimentadores, que son básicamente aquellos individuos que toman drogas por simple curiosidad, pero que pasando esta experiencia, deja de ser atractivo su consumo.

Segundo tipo: Es el de los usuarios sociales u ocasionales, que son principalmente aquellos individuos que solo consumen drogas cuando están en grupo. Con la finalidad de poder pertenecer a un grupo, de rebelarse contra los valores sociales establecidos de resolver conflictos pasajeros, o simplemente para seguir una moda.

Tercer tipo: Es el de los farmacodependientes funcionales, que son aquellos usuarios que necesitan tomar drogas para funcionar en sociedad. Se trata de personas que han creado dependencia tal a una droga, que no pueden realizar ninguna actividad si no la consumen. Sin embargo, a pesar de su dependencia siguen funcionando en la sociedad.

Cuarto tipo: Es el de los farmacodependientes disfuncionales, que son las personas que han dejado de funcionar en la sociedad debido a su alto consumo de drogas. Toda su vida gira en torno a las drogas; ninguna otra actividad o grupo de personas resulta interesante para estas personas, por lo que se van aislando poco a poco de la sociedad.

II.4 .- ETIOLOGÍA DE LA FARMACODEPENDENCIA EN LA ADOLESCENCIA

Uno de los problemas que más preocupan, cuando se habla de adolescencia, es la cuestión de las drogas. En las sociedades occidentales, tratar de adolescencia y no detenerse en las drogas, resulta prácticamente imposible. Conviene destacar, que la juventud es el grupo de edad que en mayor proporción, y cada día de un modo más generalizado, consume droga (Martínez C. 1985)

Por otro lado, es fácil comprobar que se trata de una realidad cuyas dimensiones van en aumento. Paralelamente ,aumenta la demanda de información sobre el tema por parte de asociaciones de padres, entidades culturales, colegios, clubes, etc. Sin embargo, es necesario preguntarse si tales reacciones de miedo y preocupación están plenamente justificadas; si es tan grande el número de jóvenes que se drogan; si tan fácilmente se puede llegar a la farmacodependencia y si tan graves son las consecuencias. Las noticias que suelen aparecer al respecto en los diferentes medios de comunicación, ofrecen una imagen un tanto distorsionada. Por lo cual, es imprescindible acercarse al tema de un modo objetivo y sin prejuicios y buscar sus raíces desde diferentes puntos de vista.(Martínez C.1985).Esta perspectiva, es multicausal y principalmente contempla tres factores los cuales son:

-Factores individuales o psicológicos.

-Factores familiares.

-Factores sociales.

II. 5 .- FACTORES INDIVIDUALES O PSICOLÓGICOS.

Para entender las motivaciones psicológicas del adolescente que se inicia en el consumo de drogas, según la teoría psicoanalítica, habría que remontarse a su infancia, cuando el niño dependía totalmente de su madre y fantaseaba con tenerla para él solo y cuando él quisiera.

En la adolescencia se encuentra con que ha de romper con las ligaduras simbióticas que le unían a sus objetos primarios y reconstruir su mundo interno para desprenderse y diferenciarse. Esto da lugar a una gran ansiedad que genera confusión y así el individuo se siente vacío y desorientado al encontrarse entre un pasado que no le sirve y un futuro incierto. Este sentimiento de pérdida hace que busque en el ambiente algo con que llenar este vacío, adheriéndose a personas o cosas con las cuales pueda recrear su vínculo simbiótico: el uso, abuso o adición a las drogas es el sustituto con que se intenta una cierta recuperación del equilibrio.

El individuo puede buscar la droga para relajarse y tener la sensación de descubrir nuevas maneras de ser y sentir sin vivir la angustia del cambio o la droga también puede representar la posibilidad de compartir experiencias vitales con los amigos y de ser comprendidos por ellos; ya no es un individuo aislado y extraño; sino uno más entre iguales. De otra manera, en algunos adolescentes puede darse una timidez exagerada, que los incapacita para relacionarse con los demás, o bien, ciertos complejos basados en reales o imaginarios defectos físicos acompañados de fuertes sentimientos de desvalorización o de inferioridad. Así, problemas de este tipo pueden motivar el recurso a la droga entre ciertos jóvenes para escapar así a una ansiedad que, en algunos casos, se torna insoportable.

Podría considerarse la utilización de las drogas, por parte de los adolescentes, como un signo a través del cual expresan su conflictividad y, a la vez, un intento por solucionarlo. Un factor motivador del abuso de drogas es el sentimiento de fracaso que se produce en muchos jóvenes cuando no se consiguen superar algunas situaciones que le rodean, lo que les enfrenta a molestos sentimientos de culpa que intentan compensar por otras vías.

Durante la adolescencia, suele darse una serie de fracasos que deja maltrecha la imagen que tenía de sí mismo el adolescente. Es el momento en que algunos fracasan en los estudios produciendo fracaso en las relaciones interpersonales o familiares, de modo que su autoestima se ve seriamente dañada; apareciendo estados depresivos junto a sentimientos de vacío e inutilidad. Por otro lado sus actos se convierten en centro de interés para los que lo rodean: con las drogas, por ejemplo llama la atención, los demás se preocupan por lo que hace; en suma se siente protagonista. Convertido en consumidor de drogas, su marginación ya no le es impuesta u obligada, sino que esta elegida voluntariamente; la puede convertir en emblema y en razón de ser, mas aceptable que la integración a un sistema impuesto al que empieza a criticar y despreciar. De esta forma, se ve sometido a un letargo y a un conformismo pasivo que restablece, de otra manera, el vínculo simbiótico con el que, a nivel manifiesto, pretende precisamente romper.

II.6.- FACTORES FAMILIARES.

Psicológica y económicamente, los miembros de la familia están ligados en interdependencia mutua para la satisfacción de sus necesidades afectivas respectivas. Así, la familia es una unidad flexible que se adapta sutilmente a las influencias que actúan sobre ella desde dentro y desde fuera. De la oportunidad para establecer un vínculo de identidad que proporciona integridad y fuerza psíquica para enfrentar experiencias nuevas.

Cuando la atmósfera familiar esta llena de incongruencias, pueden surgir profundos sentimientos de frustración, acompañados inevitablemente de resentimiento y hostilidad. Por ejemplo la madre, el padre y el hijo perciben cada uno en forma distinta lo que es la familia o lo que debe ser. Si los padres no perciben concretamente sus relaciones con el ambiente, se sienten amenazados, confundidos, deprimidos, solos, etc; recurren a escapes peleándose por cosas insignificantes o atormentándose mutuamente, encontrándose defectos y mandándose indirectas.

Esta ansiedad y confusión penetrara en todos los aspectos de la vida familiar. Esto desequilibra las relaciones entre los padres y llega a afectar todos los problemas que tienen que ver con el cuidado y educación de los hijos.

Por ende, la actitud adolescente será punto de la educación recibida durante toda la infancia y, por tanto, el planteamiento frente a las drogas será distinto de un adolescente a otro, porque distintos serán también las relaciones familiares y la influencia de los mismos en esta etapa.

Algunos estudios (Morales y Vergara, 1974) muestran una menor frecuencia de contacto con la droga en jóvenes cuyas relaciones familiares son satisfactorias, frente a una mayor incidencia en jóvenes pertenecientes a familias desorganizadas o poco estructuradas. En estas últimas, los papeles de cada miembro son confusas, los controles débiles y las normas contradictorias. También suele encontrarse en este caso una situación familiar difícil y problemática, como la ausencia de algún miembro relevante o sucesos que hayan trastornado profundamente el clima afectivo general.

Es evidente que los factores familiares son de gran peso como causa de la farmacodependencia en el adolescente. Algunos estudios como el de Mendiola , de la Garza y Rábago encontraron en su estudio familiar y social en 30 sujetos inhaladores (1976), que 6 de sus pacientes pertenecían a hogares gravemente desorganizados, debido principalmente a la ausencia de los padres, ya fuese por muerte o por abandono.

Considerar que solo la familia o los factores individuales son los responsables del consumo de drogas sería un error; esta restricción de la culpabilidad sería un recurso endeble, ya que solo serviría para ocultar las verdaderas raíces del problema, cuyas determinantes hay que buscarlas en el terreno social, político, etc.

II.7.- FACTORES SOCIALES.

Es fácil comprobar que muchos jóvenes que se drogan con frecuencia carecen de razones claras. Sus motivos son ambiguos y simples; este consumo es indicativo de la existencia de un malestar entre la juventud, indefinido, indefinido pero general. El aburrimiento y la monotonía pueden ser una razón que lleve a la búsqueda del placer fácil y el desconcierto general a la búsqueda de evasión. Para intentar la superación de estas situaciones, los jóvenes tratan de ampararse en las drogas; sus efectos desinhibidores crean una amplificación de toda la sensibilidad que se materializa en un estado anímico de euforia y relajación.

Los jóvenes farmacodependientes suelen integrar grupos de poderosa influencia. Estos grupos satisfacen sus necesidades de afecto, comprensión, seguridad, aceptación y pertenencia, a cambio el grupo les demanda lealtad y llega a ser poderoso estímulo a su conducta farmacodependente.

Existen otros factores sociales, que contribuyen al deterioro del medio en que vive el individuo y que puede favorecer directa e indirectamente al consumo de drogas:

- desempleo, que relega al individuo al ostracismo y a la marginación, colocándolo en una situación crítica en la que se siente inútil o fracasado.
- urbanismo; mal planificado que sumerge al individuo en el anonimato y contribuye a separarlo de los demás.
- sociedades de consumo; que desarrolla a base de publicidad, el hábito de adquirir cualquier nuevo producto, creando necesidades artificiales e incitando al consumo desmedido.
- medios de comunicación ;que informan de manera inadecuada no aprovechando sus posibilidades educativas.
- centros recreativos y culturales; los cuales son muy pocos y bloquean los canales de expresión sobre todo de la juventud que está ávida de enriquecerse en este tipo de actividades.

En resumen, la realización plena y cabal del ser humano se ve obstaculizada por poderosas fuerzas sociales, por lo que se necesita un gran esfuerzo para superarlas y lograr mejores espacios de vida y de convivencia humanas.

CAP III.- ADOLESCENCIA.

III.1.- DEFINICION Y ETAPAS DE DESARROLLO DE LA ADOLESCENCIA.

Se han dado múltiples definiciones de "adolescencia", dependiendo del punto de vista del que se estudie:

A) BIOLÓGICO:

Es lo que se conoce como pubertad y marca el inicio de la etapa adolescente, se dice que es un periodo crítico donde ocurren cambios fisiológicos que producen un desajuste en el individuo. Este punto de vista se aboca a la descripción de estos cambios (Powell, 1981 ; Trasviña, 1990).

B) PSICOLOGICO:

Es donde se utiliza el término de adolescencia y se aboca a los cambios emocionales y de adaptación que debe realizar el adolescente dentro de una sociedad dada. Lo que lo distingue y aleja de la infancia y acerca a la adultez. La principal meta en esta etapa es alcanzar la identidad (Briseño, 1990).

C) SOCIAL

Se utiliza el término de juventud y lo define como el periodo de transición que ocurre entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma (Jersild, 1972). La crisis que caracteriza este periodo esta determinada por la sociedad a la que pertenece el individuo, pues en algunas sociedades los cambios fisiológicos y conductuales que se presentan no producen ninguna crisis, porque los cambios son considerados normales.

Nosotros definiremos la adolescencia para los fines en esta tarea como un periodo de la segunda década (12 - 20) de la vida donde ocurre una transición de la infancia hacia la edad adulta el cual se divide en:

1) PUBERTAD :

Este periodo transcurre entre los 11 y los 15 años, donde se presenta un crecimiento acelerado y cambios físicos profundos. Es una maduración anatómica-fisiológica que se caracteriza por:

- * Aumento de la estatura y peso, el cual puede ser de hasta 6 cm. por año.
- * Desarrollo de caderas mas anchas y redondeadas en las niñas.
- * Desarrollo de hombros mas anchos y una estructura corporal masiva así como aumento de fuerza física y nivel de energía mayor en los niños que en las niñas.
- * Desarrollo de órganos sexuales reproductivos.

Todos estos cambios producen ansiedad en el adolescente que tiene que pasar por un proceso de asimilación y de aceptación de su nueva imagen.

Al principio se puede presentar torpeza al irse acostumbrando a las nuevas proporciones del cuerpo. En las niñas la menarquía provoca sentimientos encontrados según las actitudes hacia su propio papel sexual, la relación con la madre, y el tipo de información que haya recibido. (Lutte, 1991).

La edad en que ocurren estos cambios varía mucho y depende de varios factores como: geografía, alimentación, herencia y sexo.

Actualmente se ha presentado una precocidad en el desarrollo físico, debido probablemente a las mejores condiciones de vida actuales.

2) ADOLESCENCIA TEMPRANA :

Se inicia aproximadamente a los 15 años, el crecimiento físico continúa pero es más lento que en la fase anterior. El cuerpo comienza a tomar proporciones de un adulto. Va en aumento su capacidad de reflexión por lo que empieza a darse cuenta que él es diferente a los demás e inicia la búsqueda de una identidad. (Trasviña, 1990). La sociabilidad está orientada hacia miembros del mismo sexo.

Hay la necesidad de pertenencia a un grupo, por lo que se sigue la pauta de modelos para vestirse o de modos de comportamiento para pertenecer a ellos (Powell, 1981).

3) ADOLESCENCIA TARDIA :

Se caracteriza por los aspectos sociales y tiene como principal meta construir, integrar y consolidar el concepto de sí mismo que conduzca al individuo a una identidad real, y su finalización coincide con el inicio de la edad adulta. Al aumentar su edad y familiaridad con el medio social el adolescente adquiere más seguridad y confianza en sí mismo; sigue perteneciendo a un grupo, pero no imita la forma de vestir o de comportarse como en el período anterior, sino trata de buscar y de crear su individualidad.

Empieza a buscar la aprobación de los adultos que lo rodean (Jersild, 1972; Powell, 1981; Horrocks, 1986).

III.2.- ASPECTOS EMOCIONALES, PSICOSOCIALES Y COGNOCITIVOS DE LA ADOLESCENCIA.

En el periodo de la adolescencia existen procesos de maduración en tres diferentes aspectos:

ASPECTOS EMOCIONALES :

Trasviña (1990) dice que el adolescente entra en una etapa de desequilibrio, pues su cuerpo crece más rápido que su mente; tiene un organismo que funciona como el de un adulto mientras que su pensamiento fluctúa entre el egoísmo infantil y el altruismo juvenil.

“El adolescente siente de forma inconciente su individualidad, lo que después se transforma en algo consciente y reflexivo y lo lleva al descubrimiento de su propio Yo. Una de las características más relevantes que indican dicho descubrimiento es la introspección, en la cual se da un desarrollo del concepto de si mismo, donde se cuestionan las actitudes, valores e ideales que le ha transmitido la sociedad donde se desenvuelve generando una búsqueda de identidad, lo que origina una angustia en el adolescente”.

Erikson ha trabajado el tema de la identidad y nos habla de 8 etapas, que se caracterizan por la presentación de un conflicto que hay que resolver de manera satisfactoria para que se incorpore positivamente al Yo y se produzca un desarrollo posterior saludable. En el caso de que el conflicto persista o no se resuelva satisfactoriamente afecta al Yo y la cualidad negativa es la que se incorpora a la personalidad del individuo (Briseño, 1990). En el caso de la adolescencia el conflicto que se presenta es la identidad vs difusión del propio papel donde se lleva a cabo una nueva integración del Yo. Para lograr esto el adolescente busca el apoyo de los grupos formados por sus iguales, buscando afirmarse por medio de rituales y credos (Powell, 1981; Mckinney, 1982).

ASPECTOS PSICOSOCIALES

Como consecuencia de la búsqueda de identidad se da un enfrentamiento con la familia y las normas de la sociedad. El adolescente busca su independencia y forma grupos donde se siente identificado con los demás en el modo de pensar y de actuar. En este proceso se debe tomar en cuenta la conducta de imitación de modelos (artistas, cantantes, héroes, etc.) que es resultado de la búsqueda de un aspecto del que se carece en beneficio del equilibrio personal (Leif, 1992) pero que puede provocar actitudes como la agresión, o conductas inadecuadas para su desarrollo social (bebida, drogas, estilos de vida alejados de su realidad, etc.).

Se dan las primeras relaciones de pareja donde los conceptos de amistad y de amor toman una gran importancia.

En este periodo también se tiene que elegir una carrera o profesión, lo que dependerá de la situación socioeconómica del adolescente (Jersild, 1972 ; Powell, 1981 ; Mckinney, 1982 ; Horrocks, 1984).

Por medio del desarrollo e integración adecuados de los aspectos cognoscitivos, emocionales y psicosociales se alcanzará el desarrollo integral del adolescente lo que permitirá lograr las metas u objetivos señalados anteriormente, entrando a la siguiente etapa de desarrollo.

ASPECTOS COGNOSCITIVOS

Lutte (1991), plantea que los principales cambios a nivel cognoscitivo en los adolescentes con respecto a la etapa de la infancia son:

- a) Mayor capacidad de generalización y de descripción de la realidad.
- b) Usan mas las abstracciones y se apartan de lo concreto para completar lo posible y lo imposible.
- c) Se produce una ampliación de los horizontes del pensamiento, por lo que se interesan por temas que no les llaman la atención a los niños, y
- d) Pueden interesarse por ideas que no lo involucren, identificándose con personas o hechos fuera de su entorno inmediato.

Se entra en la etapa del pensamiento formal propuesta por Piaget como el último estadio del desarrollo cognoscitivo que se caracteriza por la subordinación de lo real a lo posible, que permite al adolescente una independencia de la percepción y de la representación logrando la realización de operaciones más complejas. Como consecuencia de esto, se da el replanteamiento de las concepciones del mundo, por lo que el adolescente analiza de forma crítica ideas sociales, políticas y religiosas que antes había aceptado sin discusión. También se sigue desarrollando la inteligencia y la creatividad. El alcanzar este estadio depende de varios factores como la edad y las condiciones ambientales que lo favorezcan.

Varios autores han cuestionado lo propuesto por Piaget, pues dicen que el desarrollo cognoscitivo sigue adelante y con cambios continuos (Lutte, 1991).

III . 3 .- USO Y ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DURANTE LA ADOLESCENCIA.

El analizar la relación entre la conducta y el consumo de drogas durante la adolescencia, nos permite hacer observaciones sobre las condiciones sociales del adolescente y las normas, actitudes, estilos de vida y circunstancias que ayudan a incrementar la disponibilidad a consumir alguna droga o por el contrario, las medidas de control capaces de reducir la disponibilidad a su consumo.

Los sociólogos de diversas escuelas han aceptado en principio que la conducta de grupo esta sujeta a actitudes y normas dentro de la sociedad. Así, las conductas pueden ser aprendidas, por actitudes positivas o de rechazo hacia las mismas normas sociales. Las normas generalmente son producto de un aprendizaje completo, adquirido por el individuo a través de la identificación, evolución de su propia autoestima personal y deseos de adaptación y cariño a lo largo de su desarrollo psicosocial.

En nuestra sociedad se dan actitudes mas tolerantes, en comparación con otras, hacia el consumo de sustancias psicoactivas legalizadas para su comercialización. Se observan por ejemplo conductas mucho mas permisibles con respecto al uso del alcohol, que se refleja en los altos niveles de consumo en ciertos grupos, así como actitudes (en contraste, con el uso causal y circunstancial de cualquier sustancia considerada como ilegal, censurada por la opinión pública). que se aceptan por su influencia sin fijarse en sus consecuencias sociales o para la salud.

Es frecuente encontrarse con grupos que interaccionan socialmente con cierto grado de intoxicación etílica, sin que se les considere como adictos, mientras que se rechaza y condena a aquellas personas que hayan experimentado sustancias ilegales aunque sea en un menor grado.

La frecuencia en el consumo es la causa que permite determinar el nivel de consumo al que se ha llegado posibilitando la observación de conductas asociadas, a la ingesta, además de la presencia de signos de intoxicación, pérdida de control, tolerancia, síndrome, abstinencia y consecuencias médico sociales presentes. Es cierto que, la contraposición de la realidad científica con la ideología popular en el caso de frecuentes grupos sociales que idealizan y sobrevaloran el uso de ciertas bebidas alcohólicas al mismo tiempo que ignoran sus efectos adversos en contra de su salud, presentan un obstáculo para la intervención oportuna y prevención del fenómeno, lo que imposibilita, en algunos casos hacer conciencia en la población en general, y en los sectores más vulnerables que por lo regular, representa la población más joven.

La etiología de las conductas ligadas al consumo de sustancias psicoactivas comprende, además de los factores psicosociales, sistemas paralelos relacionados con la producción y la distribución de esas sustancias. Una comunidad que se encuentre afectada en alguna medida por el consumo de drogas, necesariamente se debe enfrentar a los sistemas que favorecen una mayor oferta y promoción de sustancias.

Los fenómenos mas frecuentes se dan en torno a la compra y venta, presencia de grupos al margen de la ley, violencia inducción al uso y en general a todo lo relacionado con el trasiego y el mercado de sustancias.

El uso y el abuso de toda sustancia para fines no médicos, y en particular cuando su consumo favorece la interacción social como vehículo, progresa a partir del uso experimental, pasa a una franja que es el de consumo tradicional sin consecuencias no progresivas mórbida hasta llegar a la fase de adicción, lo que predispone al individuo ha asumir conductas antisociales debido a los efectos desinhibitorios o depresiones, dependiendo del tipo de droga ingerida que pueden llegar a producir trastornos en el desarrollo congestivo, social y psicológico por el efecto que causan estas sustancias en la memoria, el humor, la capacidad de concentración,etc.

El abuso en el consumo de sustancias debe presentar un factor considerable, sobre todo si se requiere plantear situaciones de intervención sanitarias. El conocimiento del efecto de estas sustancias en la bioquímica del organismo permite ubicar las consecuencias nocivas, conductualmente hablando del consumo de drogas, lo que enseñaría mayores posibilidades de ubicación del fenómeno en términos de grado de dependencia y con esto aspirar a una mejor comprensión de las circunstancias (psicosociales) que originan la farmacodependencia.

III.4.- EL JUEGO EN EL ADOLESCENTE.

Para el adolescente el juego representa cierto repliegue además de observarse notoria rigidez en su conducta, que contrasta con respecto al niño que muestra una mayor flexibilidad. Dicha característica plantea como señala Debesse (1968), cierta aproximación al yo por parte del adolescente que busca encontrarse y descubrirse a si mismo.

Conductas de juego en el adolescente.

Para el adolescente resulta difícil encontrar en el juego motivaciones especiales que le inciten a adoptar una actitud netamente lúdica. En tales condiciones no es sorprendente encontrar que muchas conductas aparecen como un "falso" juego; algunas de estas conductas son:

a) Conducta amorosa.

La conducta de amor o amorosa constituye para el adolescente la reunión de palabras, gestos, actitudes, etc. que suponen la expresión de una preferencia exclusiva hacia otro, que aglutina una serie de sensaciones y sentimientos por parte de quien los manifiesta. Es muy común que ante semejante descubrimiento el adolescente "juegue" con esta conducta haciendo creer a alguien que lo ama cuando las verdaderas intenciones sean por su parte, el propio descubrimiento; lo cual puede suceder por diversas razones:

1. Sentimiento de poder.- Para el adolescente, constituye una posibilidad que le permite interrogarse sobre sus capacidades y facultades, así como también el verse reconocido por alguien que sin vacilación se pone a su servicio.
2. Hacer sufrir.- Permite al adolescente no comprobar el propio poder sobre los demás sino por el contrario constatar que en el hacer sufrir encuentra una posibilidad mas de afirmarse, ya que no es necesario cometer una acción evidente (lesiva o agresiva) para lograr el encuentro con otros.
3. El placer de engañar.- El adolescente parece descubrir que se puede "jugar" con el amor de otro simplemente por que se halla cierto placer en engañarlo, obteniendo aparentemente alguna gratificación, en el sentido en que descubre el desarrollo de determinada destreza que le permite mantener el juego de tal forma, que no se descubran los verdaderos motivos.
4. El encantamiento.- El adolescente queda cautivado por los sentimientos que experimenta o viceversa por los sentimientos que inspira, esto parece ocasionar que adquiera conciencia de que el ser querido (desde que se sabe amado) lo ha llevado a una transformación, que le hace ver las cosas desde una perspectiva diferente. Esta atmósfera nueva (hasta cierto punto mágica) lo convierten en un motivo de encanto o encantamiento; precisamente por que esta posibilidad tuvo lugar en un ambiente espontaneo en donde no se tuvo la intención de plantear o ingeniar nada.

5. El amor al amor mismo.- Para el adolescente constituye la privilegiada oportunidad de hallarse en presencia de sus propios sentimientos, en cuyo centro se encuentra el mismo, en virtud de la intensidad de estos. Así como es capaz de complacerse en sus estados de ánimo y emociones así también ama ese amor que para él es una oportunidad de hallarse en presencia de sus sentimientos.

b) Conducta mendaz o mentira.

La mentira es para el adolescente una forma de darse cuenta del dominio que ha alcanzado en el lenguaje, que le permite la utilización de las palabras en función de la intención que se tenga en relación a un asunto determinado. El mentir conlleva cierta satisfacción que se manifiesta en el orden intelectual y afectivo, por lo cual el adolescente adquiere conocimiento de la posibilidad que él tiene que incidir en la realidad, deformándola y ajustándola a su propia conveniencia, así como de su capacidad de proyectar su independencia frente a otros.

El juego como actividad intelectual.

En el adolescente la actividad intelectual se puede manifestar y desarrollar mediante la forma de juego, debido a que la comunicación y la interacción que realiza entre sí con respecto a los otros se da de manera constante y activa (dinámica). Existen diversos elementos que comprueban esto y que a continuación presentaremos:

1. La discusión.- En la discusión podemos hablar de juego, en primer lugar porque en ella se manifiesta cierta gratuidad (no tener motivos aparentes para realizar determinada cosa) que pronto se opera; y en segundo lugar porque existe cierto desinterés que se entrega a esta actividad y que no espera ningún provecho, aun cuando el adolescente sea capaz, ejercite cualidades mentales y sea muy participativo.
2. El equipo.- El equipo permite aprender en común y descubrir posibles puntos de vista diferentes que resultan de mucha ayuda para el adolescente ya que puede distinguir ideas afirmar y expresar maneras de ver las cosas, así como también ampliar el propio campo de investigación lo cual le facilita el cultivar cierto estado de fluidez mental.
3. La imitación.- La imitación permite la posibilidad de manifestar cierto carácter "ideal" del adolescente, que pone de manifiesto características perceptivas y de acción dando lugar al desarrollo de la inteligencia.
4. La broma.- La broma constituye un excelente medio de manifestar y desarrollar la inteligencia y la imaginación ya que es una forma de hacer creer algo que no existe, logrando que otras personas se sorprendan ante el hecho fundado teniendo así una gratificación intelectual que para el adolescente constituye una especie de

verificación experimental de que el asunto ha sido bien planeado y por lo tanto satisfactorio.

CAP IV.- TÉCNICAS DE ENSEÑANZA.

IV .1.- ¿QUE ES LA ENSEÑANZA? .

La enseñanza es un concepto que puede involucrar diferentes actividades como: hablar, realizar preguntas, escribir , crear situaciones en las que el alumno aprendan, etc.

La enseñanza implica necesariamente la intención de que alguien debe de aprender como resultado de lo que otro hace, requiere por consiguiente de un maestro o instructor y de un alumno.

La enseñanza según (Hirst 1970) es el tener la intención de que alguien aprenda algo. Sin embargo, la enseñanza no siempre debe ser obligatoriamente exitosa, es decir que no siempre se aprende todo lo que se desea aprender , sin embargo, si se aprende una porción de o que se pretendía aprender al principio. Toda enseñanza requiere de un compromiso en el que el alumno se compromete y participa en la obtención de actitudes, destrezas y habilidades para que estas formen conductas aceptadas en el medio en el que se desarrollan.

IV.2.-TECNICAS DE ENSEÑANZA.

En las técnicas de enseñanza el maestro o instructor debe asegurarse de que cualquier material nuevo se elabore con lo que el alumno ya conoce, por lo tanto, no se habla de algo en donde no existió la oportunidad de experimentarlo por si mismo, este tipo de técnicas tratan de promover el desarrollo de las potencialidades innatas del alumno, por lo que pueden ser detalladas, estructuradas y explícitas.

Las técnicas de enseñanza permiten al maestro o instructor crear actividades educativas como por ejemplo: especificar tareas, buscar motivaciones, buscar alternativas que ayuden a la comprensión y habilidades ; con base en teorías prácticas , con el objeto de que produzcan una diferencia en sus acciones.

IV.3.- EL JUEGO COMO TÉCNICA DE ENSEÑANZA.

El juego es una parte muy importante de las actividades propias del ser humano y es en sí mismo potencialmente muy educativo (Callois, 1986) permitiendo al individuo expresarse recreando su entorno.

DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS .

El juego es uno de los factores que propicia el desarrollo pleno de la vida, ya que se encuentra tanto en el ser humano como en el animal. Esta presente en todas las fases o etapas del desarrollo del individuo, por lo que es importante estudiar su función en cada una de estas (Schraml , 1977 ; Röhrs, 1982 ; Cubero, 1987) .

Existen múltiples teorías sobre el juego que difieren del análisis que realizan de esta actividad, dependiendo del punto de vista o enfoque con que se observe, a continuación daremos algunos ejemplos de estos enfoques:

BIOLÓGICO:

La función del juego es la de preparar al organismo joven para su mejor desempeño como adulto y como algo inseparable de la condición humana; ve su función como un gasto de energía orgánica sobrante; plantea que hay una recuperación de fuerzas mediante el juego. (Schraml, 1977 ; Köhrs, 1982 ; Van der Kooji, 1986).

SOCIAL:

Este enfoque nos dice que el juego ejerce una función de adaptación al grupo, propiciando la aceptación de las condiciones sociales de manera más accesible y provocando una participación en la vida grupal (Vial, 1982). Se dice que el juego influye en la sociedad, al igual que la sociedad influye en el juego por tratarse de un fenómeno multifactorial (Van der Kooji, 1986 ; Schraml, 1977).

EDUCATIVO:

Otros autores plantean las funciones del juego dentro del desarrollo cognoscitivo del individuo (Piaget) y de los procesos senso-motores (Bühler), considerando principalmente los aspectos funcionales del juego, describiendo los cambios progresivos en esta actividad al ir en aumento la edad del individuo (Röhrs, 1982 ; Cubero, 1987).

CULTURAL:

El juego tiene funciones de revivir, de recuperación atávica de instintos inutilizados y de actividades ancestrales, es decir, que el juego está fijado por la misma historia del hombre en su desarrollo evolutivo, por lo que el niño presenta en su comportamiento lúdico lo que sus antecesores vivieron a través de distintas etapas (Vial, 1988). Otros, como Huizinga (1984) abordan el punto de vista cultural considerando el juego como un amplio fenómeno cultural, en el cual la comunidad da su interpretación de la vida y del mundo.

PSICOLÓGICO:

El Psicoanálisis ve el juego como una actividad que permite una catarsis de liberación donde se expresan los instintos y sentimientos reprimidos por la sociedad, logrando controlar la realidad hostil que vive el individuo; W, Schraml (1977) señala que el estudio de la psicología del desarrollo del juego da lugar a la intervención en las áreas pedagógicas, psicodiagnósticas y psicoterapéuticas, pues a través del juego, el individuo expresa sus necesidades y como vive su relación con el entorno.

Melanie Klein (1918), señala que la función del juego es proporcionar una descarga de fantasías, permitiendo la asignación e invención de roles causantes de angustia. Descubrimiento que le llevó a interpretar el inconsciente y crear una técnica psicoanalítica del juego

Por lo anterior podemos decir que es un tanto difícil dar una definición de juego que comprenda todos los aspectos señalados por los diferentes enfoques. Sin embargo tratando de integrar estos elementos, lo definiremos como:

Una acción que se presenta tanto en el ser humano como en los animales, y que requiere estar libre de necesidades elementales (comer, dormir, beber, etc.) para poder llevarse a cabo (que se realiza sin que exista ningún interés material, más que su propia realización, en donde no se obtiene provecho alguno salvo un intercambio de bienes entre los jugadores); que se ejecuta dentro de un límite de tiempo y en un determinado espacio desarrollándose bajo un orden sometido a reglas (las cuales pueden cambiar si el grupo acepta las nuevas reglas) y teniendo como resultado algo incierto, por lo que da origen a asociaciones que forman un ambiente de misterio o ficción que lo diferencia del mundo habitual (Röhrs, 1982, Huizinga, 1984 ; Caillois, 1986). Logrando que el juego sea una personificación que se origine de la escisión y de la proyección, como mecanismos de defensa en contra de ansiedades (Melanie Klein, 1918).

Partiendo de esta definición podemos decir que el juego se caracteriza por ser una acción:

- LIBRE
- REGLAMENTADA
- DELIMITADA
- FLEXIBLE
- UNIVERSAL
- CREATIVA.

ASPECTOS EDUCATIVOS DEL JUEGO .

Dentro del ámbito educativo el juego ha tenido que luchar por que se le reconozca un lugar, contra las ideas erróneas de que el estudio o el proceso de enseñanza son contrarios a él. Pues se dice que hay un tiempo para cada cosa, un tiempo para divertirse, un tiempo para estudiar.

"A pesar de las profecías de los grandes educadores, la pedagogía tradicional ha considerado siempre el juego como una especie de desperdicio mental o, en todo caso, como una pseudoactividad desprovista de significado funcional e incluso perjudicial para los niños, a los que aparta de sus deberes" (De Oliveira, 1986 pp 67).

En el juego el individuo no se entrena para una tarea definida, sino adquiere una mayor capacidad para salvar obstáculos o hacer frente a las dificultades, de manera que el juego aparece como educación.

" De manera general, el juego aparece como educación, sin ningún fin determinado de antemano, del cuerpo, del carácter o de la inteligencia. Desde ese punto de vista cuanto más se aleja el juego de la realidad mayor es su valor educativo, pues no enseña recetas, sino desarrolla aptitudes ". (Caillois, 1986 pp. 276-77).

Teóricamente se sabe que el juego no solo no esta en contra de la educación sino que es complementaria a ésta, pero en la práctica esto no se lleva a cabo y aunque los docentes o padres de familia acaben por aceptarlo, siempre se ha hecho una diferenciación clara entre estos dos elementos (Van der Kooji, 1986). Dentro del ámbito escolar el juego se limita en muchos casos, a los llamados juegos educativos. Mauriras (1986) dice que el concepto de " juego educativo " es artificial e impide que se desarrolle una auténtica pedagogía lúdica pues con examinar el planteamiento más atentamente se puede comprobar que no hay un buen juego que no logre hacernos aprender algo, y que no hay ningún buen ejercicio de aprendizaje que no sea además lúdico.

Además señala que muchos juegos que no son clasificados como educativos son sin embargo excelentes instrumentos de aprendizaje. Los crucigramas, por ejemplo permiten que se ejercite el vocabulario y ortografía; los dados, el domino y el backgamon ayudan a contar y a ejercitar la planeación; los rompecabezas, el ajedrez, las damas, etc., familiarizan con la lógica, al igual que mayor parte de juegos de naipes son buenos ejercicios de memoria y capacidad de deducción.

IV.4.- TÉCNICA EXPOSITIVA.

El método expositivo consiste en la presentación oral de un tema, lógicamente estructurado.

El recurso principal de la exposición es el lenguaje oral, que debe ser objeto de la máxima atención por parte del expositor. El empleo del método expositivo requiere bastante preparación en lo referente al asunto a tratar, así como cierta capacidad personal para expresarse y para captar la atención del auditorio.

La exposición puede asumir dos posiciones didácticas.

1.- Exposición dogmática: en la que el mensaje transmitido no puede ser contestado, debido a aceptarse sin discusiones y con la obligación de repetirlo.

2.- Exposición abierta: en el que el mensaje presentado por el docente es un simple pretexto para dar pie a la participación de la clase, pudiendo haber, por lo tanto, contestación, investigación y discusión, siempre que sea oportuno y necesario.

El método expositivo constituye uno de los métodos de enseñanza más antiguos con una aplicación todas las disciplinas y en todos los niveles académicos.

Este método tiene como objetivos:

1.- Economizar el tiempo y el esfuerzo cuando se requiere premura en realizar una comunicación.

2.- Posibilita la transmisión de informaciones y conocimientos lógicamente estructurados que poseen continuidad, con un gasto mínimo de tiempo.

3.- Motiva a un grupo para que realice estudios más profundos sobre el tema expuesto.

4.- Permite la síntesis de temas extensos y difíciles que, de otra manera, resultaría problemático abordar.

5.- Transmite experiencias y observaciones personales de manera fácil y ejemplificada.

Toda exposición debe constar de las siguientes partes (Nérci, 1973).

a) Presentación del asunto.

b) Desarrollo en partes lógicas y sencillas.

c) Síntesis de lo expuesto.

d) Inferencia de conclusiones o formulación de críticas, si es que estas últimas son necesarias.

Para que la exposición sea eficiente debe tener diversos recursos que le permitan ser dinámica entre los que se encuentran:(Nérci, 1980).

- 1.- Establecer con claridad los objetivos de la exposición.
- 2.- Planificar en secuencia lógica los tópicos que constituyen la exposición.
- 3.- Conocer bien al auditorio y sus necesidades, a fin de adecuar al mismo la forma de exposición.
- 4.- Tratar de satisfacer realmente la expectación creada en la fase inicial de motivación, para impedir que el auditorio se sienta frustrado por no recibir algo que esperaba..
- 5.- Dar un cierto colorido emocional, pero sin exagerar, ya que se pierde la seriedad de la exposición.
- 6.- Mantener al auditorio en actitud reflexiva, planteando cuestiones que exigen razonamiento.
- 7.- Realizar la participación del auditorio, con la finalidad de que presenten sus experiencias, razonamientos, dudas e inquietudes del tema que se esta exponiendo.
- 8.- Realizar, al termino de la exposición, una labor de síntesis, siempre que sea posible, con la cooperación de los oyentes.

El éxito en la exposición del profesor depende, muchas veces, de la manera como se desempeña éste en sus clases .El profesor no debe quedarse sentado o de pie todo el tiempo, ni tampoco moverse apresorozamente o moverse continuamente hacia un solo sector de la clase.

También tiene que cuidar el lenguaje, a fin de que la acción del método sea más eficiente. Aspectos tales como el tono de voz, la pronunciación y el ritmo, que permitirán el éxito buscado.

La exposición oral no debe ser demasiado prolongada, si el tiempo de exposición continua esté no debe pasar de cinco minutos sin interrupción. El tópico de un mensaje debe dosificarse o sintetizarse para que no exceda de ese tiempo, al cabo del cual se hará una interrupción, usando una pausa que permita codificar y reforzar la información recibida.

Por otra parte, el tiempo total de una exposición no debe sobrepasar de los 50 minutos.

IV .5.- EL ENFOQUE PSICOSOCIAL DE LA ENSEÑANZA.

Para los fines expuestos, es importante plantear el modelo social dentro del marco educativo ya que muestra nuestra visión de las cosas.

Trow (1941) concibe el fenómeno educativo como acción social, fundamental en la interacción personal y vinculada con la cultura. De esta visión se desprenden 3 tipos de interacción que sirven como marco de referencia:

- 1) PERSONA - PERSONA (El maestro en la interacción con los alumnos o los alumnos en su interacción entre sí).
- 2) PERSONA - GRUPO (El maestro en relación con la clase; el alumno en relación con el grupo de compañeros, y el alumno en relación con la familia).
- 3) PERSONA - SÍMBOLO (El alumno en relación con la cultura).

Las consecuencias mas importantes de este modelo son la consideración de la clase como un grupo, y la aplicación de distintas leyes psicosociales a la realidad escolar, sobre todo a lo que se refiere a la dinámica de grupos y al interaccionismo simbólico.

LA CLASE COMO GRUPO.

Cada grupo tiene un comportamiento específico. Hay grupos competitivos y recelosos y otros de tipo cordial. Los profesores, en cierta medida son conscientes de ello, al observar que en cada curso tienen ante si un grupo con distinto estilo: alumnos motivados por el saber, alumnos mas o menos trabajadores; etc.

La estructura de un grupo revela los que en el existen, en la medida que muestra su dinámica, y los tipos de lazos que los une, indicando de esta forma si se trata de un grupo cohesivo, desintegrado, apático o conflictivo.

La clase constituye un grupo especial; por una parte es un grupo primario en cuanto se mantienen relaciones entre sus miembros: afectos, peleas, bromas; etc. Y por otra parte es un grupo secundario o de trabajo, cuya finalidad es aprender. La clase en si, constituye un grupo formal, cuya meta principal es aprender y cuyo líder establecido es el profesor. Sin embargo, la clase puede constituirse en un grupo o grupos informales, y sus metas pueden ser muy distintas de las instauradas en el grupo formal. En consecuencia, entre el grupo formal y el informal puede haber fricciones. Pero en la medida en que el grupo informal se armonice con el formal, hasta ser semejantes, se pueden lograr mejores resultados en rendimiento y comportamiento escolares. Lo cual establece una serie de objetivos que planteados se pueden proponer, de la siguiente manera:

1. La clase no solo es un grupo de pertenencia, sino también de referencia; es decir, en el que el alumno se encuadra y al que desea pertenecer.

2. El maestro o conductor no solo es líder establecido; sino también admitido (lo cual equivale a un reconocimiento de la autoridad por parte de los alumnos debido a cualidades).
3. El maestro o conductor debe conocer a la clase como un grupo; lo que implica descubrir quien o quienes son los líderes, cuantos subgrupos hay, que relación guardan entre si los subgrupos, que tipo de valores son los mas propugnados por el grupo; etc.
4. El maestro o conductor debe ser estimulador y guía del grupo, ya que una vez conocidas las características de la clase puede actuar consecuentemente. De manera que busque siempre el desarrollo del grupo y de los alumnos; estimulando la participación, el juicio critico y la iniciativa del grupo, reforzando las relaciones adecuadas, ideando actividades que fomenten la cohesión estableciendo estrategias para el desarrollo de la pertenencia y la participación en el grupo, proponiendo modelos de actuación, dialogando e influyendo en el líder en caso de que su actitud fuera decisiva para un mejor comportamiento del grupo; etc.

LA CONDUCCIÓN DE LA CLASE COMO GRUPO Y LA DISCIPLINA.

La disciplina es uno de los problemas medulares que el maestro o conductor afronta con vistas a una mayor eficacia del aprendizaje y en el logro de una educación social adecuada. Se trata, por consiguiente, de una situación psicosocial eminente donde el maestro o conductor, en tanto líder, debe controlar convenientemente al grupo.

El termino disciplina, pudiese prestarse a diversos malentendidos, sobre todo tratándose, en el contexto escolar por lo cual ofrecemos una definición y valorización de acuerdo al tema.

"Disciplina es la capacidad de los alumnos para autocontrolarse y evitar conductas significativamente perturbadoras, que afecten la situación del aprendizaje en el aula, la relación social con los compañeros, con el maestro o cualquier aspecto de la convivencia".

(Hernández P. ; 1991).

Todo esto supone una valorización de la disciplina, en función de concebir a la misma, como un medio y no como un fin; medio que implica cierto freno pero que sin embargo, goza de un fin que se relaciona con la convivencia y respeto de los demás. El valor educativo de la disciplina en si misma es doble: por un lado SOCIAL, en cuanto que se aprende a tener en cuenta la opinión de los demás; y por otro PERSONAL, en cuanto se aprende a desarrollar el autocontrol.

Sin embargo, estos valores solo se ponen en practica cuando la disciplina se realiza conscientemente por parte de los alumnos, encontrándose el significado que tiene la inhibición de conducta y de que esta no es producto de agente externo coaccionado sino de una voluntad

propia. Para lo cual el maestro o conductor tiene que ayudar de manera activa, reflejando esta visión de las cosas.

INTERACCIÓN MAESTRO - ALUMNO.

Se han realizado diversos estudios que asocian la interacción entre maestro-alumno, los cuales muestran dicha dinámica. Hernández y Berthencourt (1982) registraron la conducta en general de 7 aulas de quinto grado de Estudio General Básico (EGB), durante 15 sesiones encontrando los siguientes resultados:

- las conductas agresivas de los alumnos están mas asociadas cuando los maestros aplican el castigo en grado medio. No ocurre lo mismo cuando el castigo es frecuente (freno total) o cuando no existe (atmósfera positiva).
- las conductas de distracción de los alumnos se asocian con los maestros que utilizan mas el castigo verbal y el situaciones. Sin embargo, no se asocia con los maestros que emplean refuerzo verbal (elogios y alabanzas).
- las conductas agresivas de los alumnos se asocian con los maestros que emplean escasamente el refuerzo verbal (atmósfera negativa) y también con los que lo utilizan frecuentemente (permisivismo). Sucede lo contrario cuando los refuerzos verbales son usados con moderación (atmósfera positiva y cotización del refuerzo).

En general, el refuerzo verbal del maestro es el que asocia mas satisfactoriamente con el comportamiento de los alumnos: menor distracción, menor agresión y mayor participación para demandar conocimientos.

Marthe Fielder (1975) descubrió en 35 clases que los estudiantes ejercen influencia sobre los sucesos de la clase y perciben en forma aguda, cuanto es el control que poseen. Dos estudiantes fueron utilizados como agentes de cambio del maestro, la conducta disyuntiva de los alumnos constituyo la variable independiente, la conducta del maestro se registro desde distintos aspectos (comportamiento, actitudes, manifestaciones verbales) y constituyo la variable dependiente. Este trabajo demostró que los estudiantes tienen el potencial necesario para manejar la conducta del maestro.

La interacción maestro-alumno y viceversa constituye en principio uno de los fundamentos claves para entender como factores psicosociales influyen en la dinámica educativa; aspecto que hay que tomar en cuenta sobre todo si se pretende establecer programas de enseñanza que evalúen pautas de conducta encaminadas hacia la educación, en cualquier nivel.

INTERACCIONISMO SIMBÓLICO.

La conducta, para el interaccionismo simbólico es el resultado del autoconcepto y este de la interacción social.

La interacción social es circular y simbólica: circular, porque las personas interactuantes son a la vez respuestas y estímulos al tiempo que son agentes modificadores y recíprocamente modificados. Rogares (1969) menciona que "el aprendizaje que tiene lugar desde la nuca hacia arriba y que no involucra sentimiento o significación personal no tiene relevancia para la persona total".

Kinch (1963) propone unos postulados interaccionistas que son:

- la percepción (P) de la forma en que los demás actúan con una persona influye en el autoconcepto individual (S)¹.
- el autoconcepto (S) determina la propia conducta (B)²
- por tanto, P determina a S, S determina a B y a su vez B determina a P.

Estos postulados nos llevan a pensar en la retroalimentación de un sistema que constantemente esta en interacción. Dentro de este esquema el autoconcepto (S) es importante ya que constituye el conjunto de conocimientos, percepciones, sentimientos y actitudes que las personas tienen respecto de si mismas, tratándose de una experiencia subjetiva. El autoconcepto no es unitario, sino que varia según la actividad o cualidades, pero es consistente.

El autoconcepto dentro del ámbito del aprendizaje es de gran valor ya que se sabe que este influye en el rendimiento. Según Copersmith (1967), la elevación de la autoestima supone modificar el juicio de escasa valía personal y, consecuentemente, el rendimiento.

Algunos autores como Deutsch y Solomon (1959) proponen que el autoconcepto se puede mejorar por cambio de información; otros como Hernández y Garcia (1983) mencionan que por programas instruccionales grupales de "lápiz y papel" y Hernández y Jiménez (1983) proponen que por programas de instrucción grupales de tipo oral y escénico.

Un estudio realizado por Rosenthal y Jacobson (1968) permitió conocer los efectos que las expectativas del maestro pueden tener en la conducta de los estudiantes.

¹ SELFCONCEPT.

² BEHAVIOR

Dichos investigadores postularon una hipótesis de interacción cualitativa, en la cual sugieren que la cualidad de interacción entre un maestro y un alumno favorecido difiere de la cualidad de interacción que un alumno menos favorecido experimenta, que esta diferencia es parcialmente responsable para la transmisión de las expectativas diferenciales y los efectos de expectativas.

Demostraron que las expectativas creadas artificialmente o presentadas en forma natural, tienen efectos en las interacciones de la clase. Al prestarle mas atención a los estudiantes brillantes, al darles mayores oportunidades de responder u más claves verbales, los estudiantes percibidos como más brillantes tienen una "ventaja interactiva" sobre aquellos que no son percibidos así.

CAP V.- METODOLOGÍA

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

¿ Son eficaces las técnicas de enseñanza: lúdico-participativa y expositiva-tradicional como fomento preventivo en adolescentes, dentro de un programa de prevención de farmacodependencia (O PA) ?

HIPÓTESIS.

Las técnicas de enseñanza lúdico-participativa y expositiva-tradicional ayudan a adquirir conocimientos para la prevención de conductas de alto riesgo en adolescentes dentro de un programa de prevención de farmacodependencia (O.PA.).

VARIABLES INDEPENDIENTES:

TÉCNICAS DE ENSEÑANZA:

- **TÉCNICA LÚDICA:** Técnica que considera a la educación como una relación que involucra el crecimiento y el desarrollo de un individuo, como resultado de su interacción con un ambiente educativo basado en la realización de juegos estructurados con la participación de los integrantes y con la finalidad de lograr una espontaneidad que facilite educación y la libertad de expresión.

- **TÉCNICA EXPOSITIVA:** Técnica que considera a la educación como una transacción entre una autoridad y un subordinado. Teniendo por consiguiente una estructuración rígida en su relación que limita la participación de los integrantes..

VARIABLE DEPENDIENTE:

- **CONOCIMIENTOS HACIA LAS CONDUCTAS DE RIESGO:** Predisposición del individuo para valorar de manera favorable-desfavorable algún signo que pueda afectar su salud. Las actitudes incluyen un núcleo afectivo o sensible de agrado y desagrado, elementos cognitivos o de creencias que describe el efecto de la actitud con sus características relacionadas con otros aspectos y objetos .

DISEÑO EXPERIMENTAL.

DE TRES GRUPOS:

- Con observaciones dependientes (Intragrupo) e independiente (intergrupo).
- EXPERIMENTAL 1 .- Recibió un tratamiento lúdico - participativo.
- EXPERIMENTAL 2.- Recibió un tratamiento expositivo -tradicional.
- CONTROL .-No recibió tratamiento (lúdico - participativo y expositivo - tradicional).

M U E S T R A.

Es no probabilística de tipo intencional conformada por una n de 105 sujetos de 12-16 años con un nivel de escolaridad de enseñanza secundaria, de un nivel socio económico medio alto.

LA MUESTRA SE DISTRIBUYO EN 3 GRUPOS:

- 1) EXPERIMENTAL 1 N = 35.
- 2) EXPERIMENTAL 2 N = 35.
- 3) CONTROL. N = 35.

Los sujetos se asignaron al azar a cualquiera de las tres condiciones de acuerdo al control de variables establecido.

CONTROL DE VARIABLES.

- EDAD = 12 y 16 años
- NIVEL ESCOLAR = Nivel secundaria
- NIVEL SOCIOECONOMICO = Medio alto
- SEXO = Masculino y femenino.
- NO CONSUMO ANTERIOR DE DROGAS.
- PROMEDIO ESCOLAR = Ocho.

CAP VI.- PROCEDIMIENTO.

VI.1.-PROCEDIMIENTO GENERAL.

1.- Se tomó una muestra de 105 estudiantes de la escuela secundaria N°145. "José Guadalupe Jiménez", que cumplió con las siguientes características:

a).- Pertenece a una de las escuelas ubicadas en la delegación de Coyoacán, a las cuales se tenía acceso.

b).-La muestra se localizó de acuerdo con las investigaciones de Centros de Integración Juvenil en una zona de alto riesgo, tomando en cuenta, que en éstas se puede realizar un trabajo preventivo.

c).-La población de la escuela pertenece a un estado socio-urbano medio alto, con un promedio escolar de 8, características que nos ayudaron a mantener un control de algunas variables extrañas posibles de interferir en nuestra investigación.

d).-El grupo de edad mayoritaria en nuestra población osciló entre los 12 y los 16 años.

2.- Al localizar la escuela secundaria con las características anteriormente señaladas, se prosiguió a realizar el contacto con las autoridades de la escuela, para que éstas supieran principalmente los objetivos del proyecto, así como una carta descriptiva en la que se especifica el trabajo a realizar; lo cual nos dio la facilidad de comenzar el trabajo.

3.- Se conformaron tres grupos de acuerdo al tipo de muestra descrito en la Metodología y se trabajó con ellos de la siguiente manera:

- A los tres grupos (dos experimentales y uno control) se les aplicó un pretest-postest, mismo que se ejemplifica en la parte de anexos y que se explicará posteriormente.

- Al primer grupo experimental se le aplicaron los temas del proyecto a partir de la técnica lúdica, con las evaluaciones pretest y postest respectivamente.

- Al segundo grupo experimental se le aplicaron los temas del proyecto a partir de la técnica expositiva, teniendo evaluaciones pretest y postest al igual que el anterior.

- Al grupo control sólo se le aplicaron solo las evaluaciones.

VI.2.- PROCEDIMIENTO TÉCNICA LÚDICA.

SESIONES: 8

DURACIÓN: 50 minutos por sesión.

Lugar: Secundaria 145.

SESIÓN 1

En esta primera sesión se presentaron al grupo todos los temas que se iban a desarrollar, se formaron equipos de trabajo, se les pidió toda su cooperación, se explicaron todas las reglas para las siguientes sesiones, que básicamente eran las de tener confianza, preguntar todo lo que no entendieran, aportar inquietudes y respeto para todos los integrantes del grupo. Para finalizar esta sesión se les aplicó el pretest teniendo una duración aproximada de 25 minutos.

DURACIÓN:

Teniendo como tiempo total de las actividades una duración de 50 minutos.

MATERIAL:

Se aplicó un instrumento que explora actitudes hacia conductas de riesgo con 35 reactivos. (Ver anexo 1).

SESIÓN . 2.

TEMA:

ADOLESCENCIA.

OBJETIVO:

Que el grupo conozca el significado de la palabra adolescencia, así como los cambios físicos y psicológicos que aparecen en ella.

ACTIVIDADES:

Se creó un MARATÓN, que contenía información como: definición de adolescencia, edad de inicio, cambios físicos y psicológicos, aspectos sociales, etc. (Ver anexo 2).

DURACIÓN:

50 minutos.

MATERIAL:

- 1.- Se usaron 60 tarjetas de dos colores distribuidas de la siguiente manera:
 - 25 Tarjetas de color azul, las cuales contenían las preguntas de juego del Maratón
 - 25 Tarjetas de color lila, en las cuales se encontraban las respuestas a las preguntas.
 - 5 Tarjetas azules con la leyenda "Felicidades puedes leer un mensaje".
 - 5 Tarjetas de color lila, con los mensajes escritos.
- 2.- Se uso un dado, con el objeto de que fuera esté quien marcara la puntuación , en el caso de que el equipo diera la respuesta correcta a la pregunta asignada.
- 3.- Se requirió de un tablero de puntuaciones, que sirvió para llevar un registro de puntos y así observar que equipo obtuvo el mayor puntaje.

DESARROLLO:

Se utilizaron cinco grupos de siete integrantes , cada grupo tuvo cinco oportunidades de tirar el dado y por lo tanto de contestar a cinco de las preguntas que conforman el Maratón; si su respuesta era la correcta se hacían acreedores a la puntuación que marcaba el dado, que podía variar de 1 a 3 puntos de acuerdo al puntaje que marcaba al momento de tirarlo al piso.

Todos los puntajes se iban marcando en el tablero de puntuaciones y el equipo con mayor puntaje era el ganador de este primer juego.

SESIÓN 3.

TEMA:

COMUNICACIÓN.

OBJETIVOS:

Que los integrantes del grupo conozcan los elementos del proceso de la comunicación, los tipos de comunicación y la asertividad de tener una buena comunicación.

ACTIVIDADES:

Esta sesión tuvo como actividades tres juegos:

- 1.- Un Rompecabezas.- Que permitió conocer los elementos que forman a la comunicación, así como sus funciones de cada uno de ellos. (Ver anexo 3).
- 2.- Juego de Adivinanzas.- En donde fue necesario apoyarse de la mímica, logrando así ejemplificar uno de los tipos de comunicación.
- 3.- Teléfono descompuesto.- En el cual, los mensajes que deberían mandarse, estaban basados en la importancia de la asertividad y claridad de la comunicación. (los mensajes se pueden observar en los anexos).

DURACIÓN :

50 minutos.

MATERIALES:

- 1.- Un Rompecabezas de comunicación, integrado por ocho piezas plásticas que muestran los elementos que forman la comunicación, y ocho tarjetas con las funciones de cada elemento.
- 2.- Juego de Adivinanzas, formado por cinco tarjetas de color azul con los nombres de películas escritos.
- 3.- Teléfono descompuesto, en él se utilizaron cinco tarjetas de color lila que contenían cinco mensajes sobre la importancia de tener una comunicación asertiva y clara.

DESARROLLO :

En esta sesión, se trabajó con los mismos equipos formados en la sesión pasada y de acuerdo al número de actividades que se trabajarán en esta sesión, el procedimiento se dividió en tres partes:

1ª Consistió en que el coordinador leyó las funciones de cada elemento que forman la comunicación en forma de pregunta y el equipo que diera la respuesta correcta se hacía acreedor a una de las piezas del rompecabezas, el equipo con el mayor número de piezas recolectadas era el ganador de esta actividad.

2ª En esta segunda parte de la sesión ; el coordinador repartió una de las tarjetas con los nombres de las películas al azar a un representante de cada equipo. El representante tenía como tarea , el lograr por medio de mímica que su equipo adivinara el contenido de la tarjeta durante 50 segundos. Siendo el equipo ganador de esta actividad, el que adivinara el nombre correcto de la película .

3ª Para efectuar esta parte de la sesión , fue necesario formar una fila por cada equipo. El coordinador leyó al primer integrante de cada fila un mensaje al azar en el oído; el equipo que logrará pasar entre sus integrantes el mensaje correcto de la misma forma como lo hizo el coordinador, era el equipo ganador de esta actividad.

SESIÓN 4

TEMA:

SEXUALIDAD.

OBJETIVO:

Esclarecer las dudas e inquietudes del grupo sobre el tema de la sexualidad.

ACTIVIDADES:

Se jugó "Cuestión de Escrupulos", en donde cada integrante realizó tres preguntas anónimas sobre la sexualidad.

DURACIÓN:

50 minutos.

MATERIALES:

Hojas pequeñas de color blanco y lápices.

DESARROLLO :

El coordinador repartió a cada integrante del grupo tres tarjetas de color blanco y un lápiz. Posteriormente se les pidió que elaboraran tres preguntas indiscretas anónimas que iniciarán y finalizarán de la siguiente manera:

- ¿Si estuvieras _____ que harías?
- ¿Te atreverías a _____? ¿Por que? _____.
- ¿Que pasaría si _____?.

Al realizar sus preguntas, todos pasaron a depositarlas en un contenedor que se encontraba al frente del salón ,y el coordinador fue sacando una por una y entre todos contestaron las preguntas. De esta forma se fueron aclarando todas las dudas e inquietudes del grupo.

SESIÓN 5.

TEMA:

LA FAMILIA.

OBJETIVO:

Que el grupo reconozca los tipos de familia que existen , así como los papeles que juega cada uno de sus miembros.

ACTIVIDADES:

En esta sesión se pidió a los diferentes equipos que formarán a una familia y que actuarán como parte de esta familia. Los tipos de familia fueron sorteados al azar una sesión anterior entre los que estaban : familia de padres divorciados, familia de padres permisibles, familia de padres autoritarios, familia disfuncional, familia comprensiva, familia extensiva y, familia con algún padre faltante.

DURACIÓN:

50 minutos.

MATERIAL:

El que cada equipo llevó para efectuar su actuación.

DESARROLLO :

A cada equipo se le dieron diez minutos en los cuales deberían de actuar el tipo de familia y explicar al grupo las ventajas y desventajas de pertenecer a un tipo de familia como el que estaban representando.

Ganando todos los equipos, ya que dieron consejos para tener una familia en donde existiera principalmente comunicación, comprensión, reglas , obligaciones y respeto para cada uno de los miembros de la familia.

SESIÓN 6.1.

TEMA:

COMUNIDAD.

OBJETIVOS:

Conocer los elementos que integran una comunidad e identificarse como parte de ella.

ACTIVIDADES:

Realiza tu Croquis. Este croquis permitirá localizar los elementos que conforman a una comunidad y aquellos elementos que están a su servicio.

DURACIÓN:

50 minutos.

MATERIAL:

Un pizarrón y gises de colores.

DESARROLLO :

Se formaron dos equipos y se les pidió que identificarán las instituciones publicas en su comunidad como son: hospitales, mercados, escuelas, iglesias, bancos, tiendas de autoservicio, etc. También se les pidió que identificarán a sus autoridades como son: jefes de manzanas, jefes de vigilancia si existia o no, quien era su delegado político, etc. Y por último se les pidió que observarán que servicios públicos tenían y cuales faltaban como por ejemplo; luz, agua, predio, vigilancia, basura. etc.

Una vez que tuvieron toda la información 10 representantes de cada equipo pasaron al pizarrón a dibujar su croquis , marcando la información que se les había pedido. El equipo que tuviera mejor detallado y mas completo su croquis ganaban en esta actividad.

SESIÓN: 6.2.

TEMA:

COMUNIDAD Y SALUD.

OBJETIVO:

Observar la importancia de realizar en la comunidad campañas de prevención de salud .

ACTIVIDADES:

Que los integrantes del grupo elaboren alternativas de una campaña sobre el problema más claro en la comunidad, realizando carteles, programando pláticas y ocupaciones para el tiempo libre.

DURACIÓN:

50 minutos.

MATERIALES:

Cartulinas, plumines, recortes de revistas etc.

DESARROLLO :

Los integrantes del grupo acordaron que la basura era uno de los problemas que afectaba su comunidad, ya que esta estaba depositada en terrenos baldíos, en donde se alojaban bandas que robaban, se drogaban y ocasionaban problemas a toda la gente. Concluyeron que si evitaban y limpiaban los baldíos existentes evitarían la existencia de esas pandillas, además de darle un aspecto limpio a su comunidad. Para lograr ello, se realizaron cuadrillas de limpieza comandadas por el grupo y con la ayuda de algunos maestros de la escuela y de algunos de los padres, realizaron pancartas con distintos mensajes para evitar que se siguiera tirando basura.

SESIÓN 7.

En esta última sesión se realizó un breve resumen del curso, aclarando dudas y respondiendo preguntas de los adolescentes. Se extendieron algunas explicaciones de algunas cosas que notamos durante el desarrollo del curso y escuchamos todas las opiniones acerca de alguna sesión en particular o del curso completo, observándose así las preferencias y desacuerdos, la utilidad, el aprendizaje obtenido y las experiencias creadas. Se pudo observar una atmósfera de ayuda y confianza entre los integrantes del grupo.

Por último se llevó a cabo la aplicación del "postest" que tuvo una duración de 25 minutos y al finalizar se dio por concluido nuestro curso.

VI.3.- PROCEDIMIENTO DE LA TÉCNICA EXPOSITIVA.

Sesiones: 8

Duración : 50 minutos.

Lugar: Secundaria 145.

SESIÓN 1.

DESARROLLO:

En esta primera sesión que constituyó nuestro inicio del curso de orientación nos presentamos ante el grupo explicándoles los motivos por los cuales íbamos a trabajar con ellos lo cual suscitó una gran expectativa y emoción por parte de los adolescentes que inmediatamente respondieron con una gama de preguntas al respecto.

Una vez contestadas las preguntas procedimos a la aplicación de un cuestionario (pretest de nuestra investigación), el cual tuvo una duración aproximada de 20. minutos. Al término de este procedimos a enumerar los temas que se iban a impartir así como los tiempos (en cuanto a horas y clases) que nos iba a tomar realizarlos.

SESIÓN 2.

DESARROLLO:

En esta sesión abordamos el tema de la AUTOESTIMA como preámbulo para introducir el curso de orientación. Se comenzó planteando la pregunta QUIEN SOY? que varios jóvenes contestaron y se fueron anotando las respuestas en el pizarrón. La mayoría coincidió en que resalta la influencia social y familiar en relación con el desarrollo de la propia identidad aunque sin embargo, se definieron en función de características físicas y de "modo de ser" mismos que están condicionados por la forma en que son percibidos por "otros" y no por ellos mismos.

Se expuso las características y la definición de la AUTOESTIMA, y se explico como la percepción de si mismo influye en la conformación de una visión personal de las cosas, en función de nuestro propio conocimiento.

ESQUEMAS:

1.- QUIEN SOY?

2.- AUTOESTIMA

Características:

- Confianza.
- Seguridad.
- Apoyo.
- Conocimiento de sí.
- Aprecio.
- Respeto.
- Valor.

Definición:

Es la forma mediante la cual nos percibimos en función de nuestras propias cualidades y potencialidades; así como de la identidad que tengamos con respecto de nosotros mismos.

SESIÓN 3.

DESARROLLO :

Una vez expuesto y reflexionado el tema anterior se tocó el tema de la FAMILIA, al cual los adolescentes mostraron gran interés que manifestaron con una constante lluvia de preguntas. Nuestra exposición comenzó planteando la base de toda la familia, personificada en los padres y en la relación entre ellos así como con los hijos. Los vínculos emocionales y físicos que se presentan en la dinámica familiar y las situaciones de convivencia entre todos los miembros.

Se explicaron factores que influyen en la conformación de la dinámica familiar y como estos afectan el funcionamiento de la misma.

ESQUEMAS:

1.- Familia:

Familia
Padre Madre
 Hijos

2.- Relación entre los miembros de una familia

Valores:

- Cariño.
- Respeto.
- Confianza.
- Comunicación.
- Amor.

3.- Factores que propician la conformación de la dinámica familiar.

- Valores.
- Creencias.
- Actitudes.
- Modos de pensar.
- Seguridad material y emocional.
- Entendimiento mutuo.

SESIÓN 4.

DESARROLLO:

El tema de Salud fue contemplado en esta sesión que resultó sumamente interesante puesto que los adolescentes se mostraron inquietos teniendo comentarios vivencias acerca de adicciones, alcoholismo y de hábitos de higiene.

Se expuso el concepto de salud, la importancia que tiene el cuidar de la misma, las características de los malos hábitos de higiene, las formas mediante las cuales dañamos nuestra salud y una serie de alternativas para cuidarla.

ESQUEMAS:

1.- Salud.- Es el óptimo cuidado de nuestro cuerpo y nuestra mente de manera que se logre un estado armónico y de equilibrio.

2. -	Organismo		
	Funciones en equilibrio		
Enfermedad -----	Disfunción y ruptura sistema	Mantenimiento del -----	Salud sistema

3.- Hábitos de Higiene.

Buenos.

- Hacer ejercicio periódicamente.
- Alimentarse de manera adecuada y balanceada.
- Asearse cotidianamente.
- No consumir sustancias tóxicas.

Malos.

- Alimentarse en forma descuidada y desorganizada.
- Consumir sustancias tóxicas.
- No asearse regularmente.

4.- Adiciones.

Farmacodependencia.

Droga.

- Lícitas.
- Ilícitas.

Vicio.

- Físico - tolerancia.
- Psicológico.

Factores que influyen:

- Individuales (soledad, depresión, inseguridad, miedos, baja autoestima)
- Familiares (problemas familiares, violencia, falta de comunicación, etc.)
- Sociales (influencia, imitación, desempleo, aceptación de un grupo)

5.- Alternativas.

- Promover platicas informativas en las escuelas para mejorar nuestro hábitos de higiene.
- Tener al alcance información sobre los daños que malos hábitos de higiene pueden causar

- Fomentar entre nosotros la aceptación y el reforzamiento de hábitos de salud positivos, así como el hablar de los problemas que pudieran causar los malos hábitos.

-
-
-

SESIÓN 5.

DESARROLLO :

En esta sesión expusimos el tema de la sexualidad. El tema provocó revuelo entre los adolescentes que comenzaron a bromear y a hacer comentarios mordaces entre si.

Hablamos acerca del significado de la sexualidad en nuestra cultura, la forma en la cual se concibe, sus consecuencias y manifestaciones en la vida del ser humano.

ESQUEMAS:

1.- Sexualidad

Punto de vista:

Biológico anatómico. Psicológico afectivo

Acto. Relación.

2.- Significado.

- Prohibido.
- Pecaminoso.
- obsceno.
- Oculto.
- Tabú.

3.-Sexualidad.

- No se remite única y exclusivamente a un acto o acción (copula) sino a la serie de vínculos, relaciones e intercambios que hacen los seres humanos entre sí y que involucran aspectos psicológicos.

4.- Consecuencias.

Biológicas.

- procreación.
- activación de hormonas.

Psicológicas.

- establecimiento de vínculos o ligas emocionales
- sensación de unión y complementaniedad.

Manifestaciones en todas las áreas del ser humano.

SESIÓN 6.

DESARROLLO.

Expusimos el tema de Adolescencia que sirvió a modo de recapitulación ya que los temas que anteriormente habíamos tratado se relacionaban en gran medida con este.

Los adolescentes se mostraron muy interesados (fue la sesión en que estuvieron menos inquietos), debido a que estuvieron ubicando situaciones que de una u otra manera habían tenido relación con los temas anteriores.

Se habló de la importancia de la adolescencia caracterizada por extensos períodos de acomodación y crisis (que como todo proceso) permiten “crecer” y superar condiciones, como una etapa de la vida con muchos cambios que permiten al individuo orientarse hacia una nueva forma de concebir las cosas y su realidad.

ESQUEMAS:

1.- Adolescencia.- Período o etapa de la vida que va desde los 12 hasta los 20 años aproximadamente y que se caracteriza por extensos cambios en el comportamiento y en lo físico del individuo, para conducirlo hacia la madurez.

2.- Que significa ser adolescente?

- | | |
|---------------|-------------------|
| - rebelde. | - curioso. |
| - aventurero. | - experimentador. |
| - reservado. | - conocedor. |
| - juguetón. | - serio. |
| - valiente. | - penoso. |
| - relajado. | - agradable. |
| - inquieto. | - entusiasta. |
| - callado. | - problemático. |
| - amigüero. | - insoportable. |
| - aventado. | - raro. |

SESIÓN 7.

DESARROLLO:

Expusimos el tema de comunidad debido a que de cierta forma viene a integrar y reforzar el carácter preventivo del curso; este tema nos permitió ahondar sobre la importancia e interés que debe de haber con respecto a la solución de problemas (de cualquier índole) en conjunto, así como de darnos cuenta que en gran medida el origen de conflictos y malestares provienen del medio social. Además la manera de concebir los hechos a nivel comunitarios y colectivo van a influir en la forma mediante la cual veremos nuestro mundo.

Por estos motivos expusimos que es una comunidad, cual es su importancia, a que comunidad se pertenece (a manera de reflexión) y cual es la relación que llevamos con la comunidad (individualmente; pregunta abierta).

ESQUEMAS:

1.- Comunidad Que es?

- Conjunto de personas que comparte un bien común; es decir las mismas condiciones creadas comunitariamente (por todos).
- Es la agrupación física de condiciones materiales (servicios, locales, calles, escuelas, etc.), para la vida y convivencia de las personas.

2.- Cómo es mi comunidad ?

3.- Que relación tengo con mi comunidad?

SESIÓN 8.-

DESARROLLO:

En esta última sesión, hicimos un breve resumen del curso aclaramos dudas y preguntas al respecto que tuvieron los adolescentes. Explicamos algunas cosas que notamos durante el desarrollo del curso y escuchamos las opiniones de algunos participantes que nos dieron su opinión acerca del curso, sus preferencias y desacuerdos, su utilidad, el aprendizaje obtenido etc. Escuchamos también algunas anécdotas que algunos adolescentes nos dirigieron e hicimos comentarios al respecto.

Por último aplicamos el "postest" que tuvo una duración aproximada de 20 minutos al término del cual dimos por concluido nuestro curso ante la insistencia de los adolescentes que nos pedían la continuación del mismo.

VI . 4.- PROCEDIMIENTO GRUPO CONTROL.

Sesiones: 2

Duración: 50 minutos.

Lugar: Secundaria 145.

SESIÓN 1.

DESARROLLO:

En esta primera sesión que constituyó nuestro inicio del curso de orientación , nos presentamos ante el grupo explicándoles los motivos por los cuales íbamos a trabajar con ellos, la forma en que este grupo nos iba ayudar en nuestra investigación y lo importante que era para nosotros su ayuda. Una vez que accedieron a prestarnos su ayuda , procedimos con la aplicación del "pretest" que tuvo una duración aproximada de 25 minutos. al finalizar se les pidió su opinión acerca del instrumento se aclararon algunas inquietudes y se les prometió que se les daría un curso como a los otros grupos , con la consigna de que sería al finalizar nuestra investigación, a la cuál accedieron.

SESIÓN 2.

DESARROLLO:

En esta sesión se recordó lo que se había prometido y se llegó a un acuerdo sobre la fecha en la que se les podía dar el curso completo. Establecido esto, se procedió con la aplicación del “postest” que tuvo una duración de 25 minutos, al finalizar se les dio las gracias por su ayuda.

VII.I CALIFICACION DE LA ESCALA DE ACTITUD CHIMALLI.

Para llevar a cabo la calificación del instrumento, se requieren los siguientes pasos:

1).- Para poder calificar la escala de actitud CHIMALLI , es necesario que las respuestas dadas por los sujetos coincidan con las claves de calificación señalada como alternativa correcta a las preguntas del instrumento, si la respuesta es igual a la alternativa marcada se calificará con 1 y si está es diferente, será marcada con el 0. Esta calificación se pone en la columna 1.

2).- Se suma el puntaje por respuesta correcta y se anota en la columna 2.

3).- Posteriormente se suma el puntaje total de cada una de las áreas y se anota en la columna

4).- Dividir el puntaje entre el total de sujetos y anotar en la columna 4, obteniéndose así el nivel de protección grupal.

5).- La cifra obtenida en el nivel de protección grupal de cada área (columna 4), multiplicar por 100 y dividir por el número de reactivos de cada área, el porcentaje obtenido de esta operación se anota en la columna 5 ,que muestra el diagnóstico de protección grupal. (Ver anexo).

En cuanto a porcentajes en las áreas que componen el instrumento (drogas, sexualidad, actos antisociales, salud y eventos negativos) su distribución por porcentajes es la siguiente:

DROGAS 20 %

(Estos reactivos tienen como principal función el educar a los jóvenes para que hagan uso adecuado de las sustancias tóxicas que se encuentran disponibles de manera lícita e ilícita en el medio en donde se desenvuelven, tal es el caso del alcohol, tabaco, medicamentos, inhalantes, marihuana, cocaína; etc).

SEXUALIDAD 17 %

(Reactivos que permiten transmitir a los jóvenes valores humanos basados en el respeto y en el amor, necesarios para guiar su vida sexual).

ACTOS ANTISOCIALES 14 %

(Estos reactivos tienen como función el transmitir la importancia de una conducta interpersonal basada en la solidaridad y el respeto del grupo).

SALUD 17 %

(Reactivos que educan a los jóvenes dentro de hábitos y estilos de vida que protegen y promueven la salud).

EVENTOS NEGATIVOS 32 %

(Permiten enseñar a los jóvenes a enfrentar los eventos negativos que en la mayoría de las veces son inevitables puesto que son parte de la vida del ser humano. Entre ellos se encuentran: el divorcio de los padres, la reprobación escolar, depresión, cambio de amigos, de casa, la pérdida de relaciones significativas, etc):

CAP. VIII. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

El propósito del presente estudio fue conocer cual de dos técnicas de enseñanza , una lúdica y otra expositiva resultaban mejores en el aprendizaje de patrones positivos en un curso de orientación para adolescentes, que cursaban el tercer grado de educación secundaria, razón por la cual se trabajo con tres grupos: 2 grupos experimentales que correspondieron respectivamente a las dos técnicas de enseñanza expuestas y uno control.

A continuación se detallan los resultados obtenidos en nuestro estudio:

1. PRUEBA DE IGUALACIÓN DE LAS MUESTRAS.

Como primer paso, se procedió a probar si había cumplido o no con el objetivo fundamental de igualación de las muestras en las variables sexo, promedio escolar y edad. Para tal propósito se realizaron los siguientes análisis estadísticos:

1.1 Se aplico un chi cuadrada para probar H_0 de igualación en la variable sexo. En la tabla 1 pueden verse los resultados.

Tabla 1. Chi cuadrada SEXO POR GRUPO.

Grupo	H	M	
1	35.3 (12)	64.7 (22)	32.4 (34)
2	36.1 (3)	63.9 (23)	34.3 (36)
3	62.9 (22)	37.1 (13)	33.3 (35)
	44.8 (47)	55.2 (58)	100 (105)

$X^2 (2) = 957, p = .03$

1.2 Se aplicó una ANOVA (one way) para probar la H_0 : promedio escolar gpo. 1 = promedio escolar, gpo. 2 = promedio escolar, gpo. 3 = 0. Como puede observarse en la tabla 2 no se encuentran diferencias significativas entre los grupos. ($F(2,102)=1.623$, una $P=.20$), ya que las medias son muy similares. Por tal motivo se aceptó la hipótesis nula de las no diferencias.

Tabla 2. ANOVA promedio escolar por grupo.

GRUPO	X	D.E
1	8.482	1.041
2	8.277	.9716
3	8.060	.9056

	G.L	S.C	M.C	F	P
Entre GR	2	3.0787	1.539	1.623	.2023
Dentro	102	96.735	.9484		
Total	104	99.814			

$F(2,102)=1.623$ con una $p=.20$; lo cual nos muestra que no existen diferencias.

1.3 Para probar la H_0 : edad promedio. 1 = edad promedio gpo. 2 = edad promedio, gpo. 3 = 0, también se aplicó una ANOVA simple. Los resultados mostraron diferencias no significativas (ver valor y probabilidad asociada de F en la tabla 3). Las medias de edad cayeron dentro del rango de 14.94 años a 15.13 años, con desviación estándar muy similar. Con base a estos resultados se aceptó la H_0 : de las no diferencias.

Tabla 3. ANOVA EDAD POR GRUPO.

Grupo	X	D.E
1	14.94	.6001
2	15.13	.5929
3	15.05	.5913

	G.L	S.C	M.C	F	P
Entre Gr	2	.6883	.3441	.9731	.3814
Dentro	102	36.073	.3537		
Total	104	36.761			

$F(2,102)=.9731$ con una $p=.38$; la cual nos muestran que no existen diferencias

2. PRUEBA DE HIPÓTESIS.

Para comprobar nuestra hipótesis de trabajo. Si las técnicas de enseñanza: lúdico participativa y expositiva - tradicional ayudan a adquirir conocimientos que prevengan conductas de alto riesgo en adolescentes dentro de un programa de prevención de fármaco-dependencia (OPA).

Se procedió a probar las correspondientes hipótesis estadísticas:

H₀. No hay diferencias estadísticamente significativas entre las técnicas de enseñanza: lúdico participativa y lúdico tradicional como fomento preventivo en adolescentes, dentro de un programa de prevención de fármaco - dependencia (OPA) .

H₁. Hay diferencias estadísticamente significativas entre las técnicas de enseñanza: lúdico participativa y lúdico tradicional como fomento en adolescentes, dentro de un programa de prevención de fármaco-dependencia (OPA).

2.1 Prueba t para muestras relacionadas (PRE-POST).

Grupo experimental lúdico (GPO. 1)

Se aplicaron pruebas t para muestras relacionadas en cada área con el propósito de ver si se produjeron diferencias significativas entre las medias antes y después de la aplicación de la técnica lúdica. En la tabla 4 se exponen los resultados que como puede apreciarse fueron no significativos. Debe hacerse notar, sin embargo, la presencia de tendencias en la dirección esperada. Por ejemplo en el área de drogas, observamos que después del tratamiento hubo un incremento en la media (de $X=5.88$ en el pretest a $X=5.91$) efecto contrario al resto de las áreas.

Tabla 4. Pruebas t (pre-post)

Gpo. experimental lúdico.

ÁREAS	t (33)	p	PRE		POST	
			X	d.st	X	d.st
DROGAS	-0.15	0.879	5.88	.880	5.91	.712
SEX.	0.47	0.644	4.79	.946	4.67	.912
A.ANTIS.	0.60	0.554	4.32	.727	4.20	.808
SALUD	1.07	0.292	5.61	.739	5.35	1.22
E.NEGAT.	1.14	0.264	9.44	1.52	8.97	2.11

2.2 Prueba t para muestras relacionadas (PRE-POST)

Grupo experimental expositivo (gpo. 2) .

Al igual que en el análisis anterior se aplicaron pruebas t para muestras relacionadas a cada área antes y después de la aplicación de la técnica expositiva. En la tabla 5 observamos que no se dieron diferencias significativas entre las áreas antes-después del curso de orientación aplicado. Con respecto a la técnica lúdica, debe notarse que los valores de las medias posttest (excepto el área de drogas) en comparación con los valores de la técnica expositiva fueron menores que los que presenta esta.

Tabla 5. Pruebas t (pre-post)

Gpo. experimental expositivo.

ÁREAS	PRE				POST	
	t (35)	p	X	d.st	X	d.st
DROGAS	1.05	0.300	5.66	.586	5.44	1.10
SEX.	1.80	0.081	5.33	.926	4.86	1.24
A.ANTIS.	1.09	0.285	4.47	.696	4.22	1.09
SALUD	0.61	0.545	5.77	1.45	5.58	.770
E.NEGAT.	1.53	0.130	9.88	.950	9.41	1.48

2.3 Prueba t para muestras relacionadas (PRE-POST)

Gpo. control.

En el grupo control los resultados obtenidos no reflejan diferencias significativas; tal y como lo muestran los resultados expuestos en la tabla 6.

Tabla 6. Pruebas t (pre-post)

Gpo. control.

ÁREAS	PRE				POST	
	t (34)	p	X	d.st	X	d.st
DROGAS	-0.49	0.629	5.42	.917	5.54	1.33
SEX.	0.39	0.698	4.97	.857	4.85	1.49
A.ANTIS.	1.41	0.167	4.28	1.04	3.82	1.44
SALUD	1.46	0.154	5.71	.519	5.37	1.21
E.NEGAT.	0.07	0.948	9.34	1.57	9.31	2.24

2.4 Análisis de Varianza (oneway) para la comparación intergrupos (lúdico,expositivo y control) por áreas del instrumento.

Se realizaron análisis de varianza para la comparación entre los grupos experimental y control con la finalidad de observar sus relaciones con respecto a sus medias antes y después de la aplicación del curso de orientación y de determinar cambios surgidos de nuestro tratamiento experimental.

Tabla 7A. ANOVA. Comparación de grupos pre y post por áreas.

DROGAS

PRE POST

	X	d.st	X	d.st
GP1	5.88	.879	5.91	.71
GP2	5.66	.585	5.44	1.10
GP3	5.42	.916	5.54	1.33

F(2,102)	2.74	1.78
p	.06	.17

Aunque los resultados arrojados por el ANOVA (ver tabla 7A) muestran no diferencias significativas entre las medias pre y post de los tres grupos puede verse una tendencia en favor del gpo. 1 (técnica lúdica) cuyo valor posttest es de X= 5.91 en contraste con el valor X= 5.88 presentado en el pretest.

Tabla 7B. ANOVA. Comparación de grupos pre y post por áreas.

SEXUALIDAD

	PRE		POST	
	X	d.st	X	d.st
GP1	4.79	.946	4.67	.911
GP2	5.33	.925	4.86	1.24
GP3	4.97	.857	4.85	1.49

F(2,102)	3.20	.247
p	.04	.78

Las medias que presenta el pretest en los tres grupos tienen variaciones importantes; por lo que se corrobora la información arrojada por la $F(2,102)=3.20$ con una probabilidad (.04) significativa. Debe hacerse notar, sin embargo, que la comparación posttest no resultó significativa (ver tabla 7B).

Tabla 7C. ANOVA. Comparación de grupos pre y post por áreas.

ACTOS ANTISOCIALES

PRE POST

	X	d.st	X	d.st
GP1	4.32	.727	4.20	.808
GP2	4.47	.696	4.22	1.09
GP3	4.31	1.02	3.82	1.44

F(2,102)	.406	1.31
p	.66	.27

Los resultados expuestos en la tabla 7C (ver valores de F y sus probabilidades asociadas) muestran claramente la inexistencia de diferencias significativas tanto en el pre como en el postest.

Lo mismo sucede para los resultados obtenidos en las áreas de Salud (ver tabla 7D) y de Eventos Negativos (ver tabla 7E).

Cabe señalar, que las medias pre-post con valores más bajos son las del área de Actos Antisociales y que las medias del grupo control (gpo. 3) de esta misma área como la del área de Salud (tabla 7D) son las más bajas comparándolas con las de los otros 2 grupos (lúdico y expositivo, respectivamente).

Tabla 7D. ANOVA. Comparación de grupos pre y post por áreas.

SALUD

	PRE		POST	
	X	d.st	X	d.st
GP1	5.61	.739	5.35	1.22
GP2	5.50	.878	5.58	.770
GP3	5.71	.518	5.37	1.21

F(2,102)	.770	.490
p	.46	.61

Tabla 7E. ANOVA. Comparación de grupos pre y post por áreas.

E. NEGATIVOS

	PRE		POST	
	X	d.st	X	d.st
GP1	9.44	1.52	8.97	2.11
GP2	9.88	.949	9.41	1.48
GP3	9.34	1.57	9.31	2.24

F(2,102)	1.60	.488
p	.20	.61

NOTA: Resulta interesante observar una tendencia "retrógrada" (definida así por nosotros) en el sentido de que en las áreas de Drogas, Sexualidad, Salud y E. Negativos el pretest muestra "mejores" resultados (observar las medias y la probabilidad obtenida), en relación con cambios significativos que el posttest (que sería el esperado en mejorar o presentar diferencias). En el área restante (A. Antisociales) no ocurre esto, a pesar de que no hubo diferencias significativas la tendencia que presentó fue contraria, es decir "positiva" en cuanto a lo esperado en relación de que el posttest tuviera o presentara diferencias con respecto al pretest. Quizás este fenómeno (que se presentó en estas condiciones) se deba al

efecto de regresión a la media en cuanto a las tendencias del pretest y postest respectivamente en los Anovas.

3. Análisis por reactivos para cada una de las áreas del instrumento.

Se realizó un análisis por reactivos y por cada área (pre-postest); con el objeto de ver en que parte de cada área existían diferencias estadísticamente significativas, ya que el instrumento en su totalidad no mostró (es decir, no arrojó diferencias significativas en el postest) posibilidad alguna de presentar diferencias posteriores a la aplicación del tratamiento experimental.

3.1 Para el análisis de reactivos se obtuvieron los porcentajes de respuesta y se utilizó la chi-cuadrada. Los resultados del área de Drogas se exponen en la Tabla 8; la chi-cuadrada nos muestra las diferencias significativas que presentan los reactivos 2 $X^2(2)=6.17$, $p .04$ y 3 $X^2(2)=14.87$, $p .00$; dentro del área de drogas. El reactivo 2 muestra variación importante en el grupo 3 (control) con respecto a los grupos 1 y 2 (lúdico y expositivo) ya que su porcentaje está por debajo de los 2 anteriores (91.4 % vs 100 % respectivamente). Por su parte el reactivo 3 muestra mayor variabilidad, ya que los porcentajes entre los tres grupos es diverso, teniendo que el grupo 1 presenta un porcentaje mayor (44.1) con respecto, al grupo 2 (8.3) y el grupo 3 (14.3)

Tabla 8. Porcentajes de respuesta y valor de X2 por reactivos del área de Drogas.

	G1	G2	G3		
	%	%	%	X2	P
DR1	79.4	83.3	80.0	.205	.902
DR2	100	100	91.4	6.17	.045*
DR3	44.1	8.3	14.3	14.8	.000*
DR4	85.3	91.7	80	1.97	.371
DR5	97.1	97.2	97.1	.001	.999
DR6	93.9	100	88.6	4.27	.118
DR7	91.2	86.1	91.4	.681	.711

3.2 En la tabla 9 puede observarse que el reactivo 6 del área de sexualidad presenta diferencias significativas con respecto al resto de los demás $X^2(2)=6.96$, $p .03$. Cabe destacar que el grupo que presenta mayor porcentaje es el grupo 2 que corresponde a la técnica expositiva (83.3%) y el que menor porcentaje corresponde al control (54.3%); siendo la técnica lúdica (67.6%) la que se encuentra en medio de ambas.

Tabla 9. Porcentajes de respuesta y valor de X2 por reactivos del área de Sexualidad.

	G1	G2	G3		
	%	%	%	X2	P
SX1	88.2	97.2	91.4	2.07	.354
SX2	67.6	80.6	80	2.02	.363
SX3	91.2	97.2	97.1	1.82	.40
SX4	97.1	94.4	100	1.97	.372
SX5	67.6	80.6	74.3	1.52	.466
SX6	67.6	83.3	54.3	6.96	.03*

3.3 En el área de Actos Antisociales no resultaron diferencias significativas en algún reactivo, aunque como puede apreciarse en la tabla 10 el reactivo 2 muestra un valor muy próximo a la significancia ($X^2(2)=5.47$, $p.06$)

Tabla 10. Porcentajes de respuesta y valor de X2 por reactivos del área de A. Antisociales.

	G1	G2	G3		-
	%	%	%	X2	P
A.A1	94.1	86.1	94.3	1.97	.37
A.A2	79.4	97.2	88.6	5.47	.06
A.A3	67.6	80.6	71.4	1.58	.45
A.A4	94.1	91.7	80	3.91	.14
A.A5	97.1	91.7	97.1	1.54	.46

3.4 Los resultados del análisis de los reactivos del área de Salud no mostraron diferencias significativas. Algunos reactivos se presentan (en relación con sus porcentajes) con posibilidad de mejorar, no en el caso de otros (p.e. el reactivo 1) que presentan porcentajes en los 3 grupos con valores tope (97.1, 100 y 100 % respectivamente) de tal forma que la posibilidad de mejorar es nula.

Tabla 11. Porcentajes de respuesta y valor de X2 por reactivo del área de Salud.

	G1	G2	G3		
	%	%	%	X2	P
SD1	97.1	100	100	2.10	.34
SD2	91.2	83.3	91.4	1.48	.47
SD3	91.2	91.7	88.6	.225	.89
SD4	91.2	88.9	97.1	1.82	.40
SD5	94.1	94.4	94.3	.003	.99
SD6	97.1	91.7	100	3.46	.17

3.5 Los resultados del análisis de los reactivos de esta área mostraron diferencias estadísticamente significativas en los reactivos 4 ($X^2(2)=7.32$, $p .02$) y 11 ($X^2(2)=7.54$, $p .02$) respectivamente. El resto de los reactivos de esta área no presentan diferencias estadísticamente significativas. En el caso del reactivo 4 el grupo 1 (79.4 %) muestra un porcentaje menor que los demás grupos, lo cual se traduce en una posibilidad de mejorar en mayor medida que los restantes en el postest.

Tabla 12. Porcentajes de respuesta y valor de X2 por reactivos del área de Eventos. Negativos.

	G1	G2	G3		
	%	%	%	X2	P
E.N1	100	97.2	97.1	.976	.61
E.N2	97.1	100	88.6	5.47	.06
E.N3	85.3	97.2	91.4	3.17	.20
E.N4	79.4	97.2	94.3	7.32	.02*
E.N5	91.2	88.9	80	2.09	.35
E.N6	94.1	94.4	91.4	.309	.85
E.N7	88.2	100	88.6	4.52	.10
E.N8	91.2	86.1	85.7	.589	.74
E.N9	38.2	33.3	42.9	.682	.71
E.N10	94.1	94.4	97.1	.424	.80
E.N11	85.3	100	80	7.54	.02*

3.6

Tabla 13. Porcentajes de respuesta y valor de X2 por reactivos del área de Drogas.

	G1	G2	G3		
	%	%	%	X2	P
DR1	76.5	77.8	85.7	1.09	.57
DR2	100	97.2	94.3	2.03	.36
DR3	47.1	16.7	17.1	10.69	.00*
DR4	100	88.9	88.6	4.14	.12
DR5	100	97.2	94.3	2.03	.36
DR6	91.2	86.1	88.6	.44	.80
DR7	76.5	80.6	85.7	.961	.61

El análisis de reactivos (X2) nos presenta que el reactivo 3 del área de drogas en el postest muestra diferencias significativas (p .00) con respecto al resto de los reactivos de esta área. En comparación con el pretest este mismo reactivo presentó diferencias entre los porcentajes de los 3 grupos. La misma tendencia que se observa antes se puede ver también después, reflejándose una mejoría en los 3 grupos casi con los mismos porcentajes y distancias entre ellos: Grupo 1 (técnica lúdica) 44.1 vs 47.1%, grupo 2 (técnica expositiva) 8.3 vs 16.7% y grupo 3 (control) 14.3 vs 17.1%. Si bien, el grupo que mejoró más fue el grupo 2 que duplicó casi su porcentaje.

3.7

Tabla 14. Porcentajes de respuesta y valor de X2 por reactivos del área de Sexualidad

	G1	G2	G3		
	%	%	%	X2	P
SX1	91.2	97.2	88.6	1.99	.36
SX2	52.9	69.4	80	5.85	.05*
SX3	100	94.4	94.3	1.99	.36
SX4	82.4	91.7	91.4	1.92	.38
SX5	64.7	75	68.6	.896	.63
SX6	76.5	58.3	62.9	2.74	.25

El análisis de reactivos (chi-cuadrada) en esta área muestra que el reactivo 2 (p .05) es el único que presenta diferencias significativas; cabe mencionar que este reactivo no presentó en el pretest diferencias con respecto al resto de los reactivos del área (p .36). En comparación con el pretest; esta tabla refleja resultados distintos ya que antes de haberse iniciado el tratamiento el reactivo 6 presentaba diferencias (p .03), sin embargo después del tratamiento observamos que su probabilidad no es significativa (p.25), aunque veamos un incremento en los porcentajes de los grupos 1 (67.6 vs 76.5) y 3 (54.3 vs 62.9) respectivamente. El grupo 2 presentó un decremento (83.3 vs 54.3) que es notorio y quizás marcó la tendencia negativa, es decir el no presentar diferencias entre los tres grupos.

El reactivo 2 que en la tabla (postest) muestra diferencias que no presentaba en la anterior (pretest), tuvo una tendencia decreciente y esto se observa en los porcentajes de los grupos: Grupo 1 (67.6 vs 52.9), grupo 2 (80.6 vs 69.4) y grupo 3 (80 vs 80 se mantuvo). Lo cual puede decirnos que en lugar de mejorar, se empeoró la predisposición de hacerlo con la aplicación del tratamiento y en este caso así se confirma. En síntesis, podemos decir que en esta área el grupo que presentó mayor eficacia es el 1 (técnica lúdica), ya que en el reactivo 6 principalmente (67.6 vs 76.5) y en los reactivos 1 (88.2 vs 91.2) y 3 (91.2 vs 100) refleja incrementos en los porcentajes antes-después del tratamiento experimental.

3.8

Tabla 15. Porcentajes de respuesta y valor de X2 por reactivos del área de A. Antisociales.

	G1	G2	G3		
	%	%	%	X2	P
A.A1	91.2	88.9	88.6	.148	.92
A.A2	97.1	94.4	80	6.82	.03*
A.A3	67.6	66.7	57.1	1.01	.60
A.A4	76.5	83.3	71.4	1.43	.48
A.A5	88.2	88.9	85.7	.182	.91

El reactivo 2 (p. 03) en esta área en la prueba chi-cuadrada muestra diferencias significativas; lo que contrasta con el pretest en donde ningún reactivo presentó diferencias. Es importante destacar que en el pretest este reactivo tuvo una probabilidad de .06, mostrando una predisposición de mejorar considerable. La comparación de porcentajes antes-después es la siguiente: Grupo 1 (79.4 vs 97.1), grupo 2 (97.2 vs 94.4) y grupo 3 (88.6 vs 80); se observa que el grupo 1 muestra un incremento destacable, ya que los 2 grupos restantes bajaron en sus porcentajes, por lo que podemos argumentar que con respecto al tratamientos después de haber sido realizado, en este reactivo de esta área la técnica lúdica fue más efectiva.

3.9

Tabla 16. Porcentajes de respuesta y valor de X2 por reactivos del área de Salud.

	G1	G2	G3		
	%	%	%	X2	P
SD1	85.3	97.2	97.1	5.22	.07
SD2	88.2	88.9	94.3	.892	.63
SD3	88.2	88.9	88.6	.00	.99
SD4	88.2	88.9	80	1.40	.49
SD5	94.1	94.4	82.9	3.53	.17
SD6	91.2	100	94.3	3.10	.21

Esta área no muestra diferencias significativas en ningún reactivo, fenómeno que presentó de igual medida en el pretest, en donde la mayoría de los porcentajes por grupos se encontraban por encima del 90 %, lo cual hacía muy reducida la predisposición de mejorar.

3.10

Tabla 17. Porcentajes de respuesta y valor de X2 por reactivos del área de E. Negativos.

	G1	G2	G3		
	%	%	%	X2	P
E.N1	94.1	97.2	91.4	1.10	.57
E.N2	85.3	88.9	91.4	.646	.72
E.N3	82.4	97.2	88.6	4.17	.12
E.N4	82.4	91.7	94.3	2.88	.23
E.N5	79.4	80.6	80	.014	.99
E.N6	82.4	86.1	94.3	2.37	.30
E.N7	91.2	88.9	88.6	.148	.92
E.N8	88.2	83.3	94.3	2.10	.34
E.N9	35.3	47.2	34.3	1.54	.46
E.N10	88.2	91.7	94.3	.809	.66
E.N11	88.2	88.9	80	1.40	.49

En esta área en el análisis de reactivos por medio de la prueba de chi-cuadrada (postest) no se encontraron diferencias significativas en ningún caso; fenómeno que no sucedió en el análisis efectuado antes del inicio del tratamiento experimental. En donde dos reactivos de los once en total presentaron diferencias estadísticas. La comparación de porcentajes de dichos reactivos serían los siguientes:

Reactivo 4.- grupo 1 (79.4 vs 82.4), grupo 2 (97.2 vs 91.7) y grupo 3 (94.3 vs 94.3).

Reactivo 11.- grupo 1 (85.3 vs 88.2), grupo 2 (100 vs 88.9) y grupo 3 (80 vs 80).

Si bien el grupo 1 muestra incremento en los casos este no es considerable, además de que los porcentajes (antes) presentan una predisposición de mejorar (claro que no mucho) debido a que estos se encuentran por debajo del 90%; no ocurre lo mismo con el grupo 2 cuyos porcentajes están mucho más arriba del 90% y la probabilidad de mejorar es casi nula, se observa un decremento en el postest debido al fenómeno de regresión a la media (que probablemente sucedió) y que es la causa de que después de la aplicación del tratamiento en

casos como este en donde el instrumento con relación a los grupos no logra discriminar totalmente los reactivos y su acierto por parte de los sujetos, lo cual quiere decir que es casi imposible mejorar en donde (de entrada) se cuenta con más del 90 % de certeza.

4. Prueba “t” para muestras independientes para la comparación de conocimientos previos y sus diferencias por áreas, entre los grupos experimentales (lúdico y expositivo) respectivamente antes y después de la aplicación del curso.

Tabla 18. Prueba “t” para el área de Drogas.

	PRE		POST		DIFER	
	X	d.st	X	d.st	X	d.st
G1	5.36	.96	5.34	1.32	.022	1.54
G2	5.86	.68	5.83	.840	.032	1.01
t(103)	-3.26		-2.34		-.04	
p	.001		.021		.96	

La probabilidad (.96) en las diferencias en esta área mediante la aplicación de la prueba “t” nos muestra que no hubo diferencias significativas entre los grupos experimentales antes-después del tratamiento. En las medias de los grupos no se observan grandes variaciones.

Tabla 19. Prueba "t" para el área de Sexualidad.

	PRE		POST		DIFER	
	X	d.st	X	d.st	X	d.st
G1	4.47	.927	4.84	1.20	-.363	1.41
G2	5.44	.696	4.77	1.27	.672	1.57
t(103)	-6.10		.29		-3.46	
p	.000		.77		.00*	

La probabilidad obtenida entre las diferencias pre-postest en la prueba "t" (.00) es significativa, por lo que el grupo 1 (tec. lúdica) presenta un incremento entre las mediciones antes-después, con respecto al grupo 2 (técnica expositiva) en donde se dió un decremento. Es decir, la técnica lúdica resultó ser más efectiva en comparación con la técnica expositiva en el área de Sexualidad, aunque en términos generales estas diferencias no se hayan presentado (en comparación con otras pruebas).

Tabla 20. Prueba "t" para el área de Actos Antisociales.

	PRE		POST		DIFER	
	X	d.st	X	d.st	X	d.st
G1	4.02	1.00	4.09	1.11	-.068	1.51
G2	4.62	.553	4.08	1.18	.541	1.44
t(103)	-3.93		.04		-2.09	
p	.000		.96		.03*	

La diferencia entre los grupos es significativa (p .03), por lo cual el grupo 1 muestra un incremento antes-después en relación con sus medias (4.02 vs 4.09) en comparación con el grupo 2 (4.62 vs 4.08) que decae en proporción mayor, en relación con lo que el anterior aumenta. La técnica lúdica, también en el área de Actos Antisociales demuestra ser más eficaz que la expositiva.

Tabla 21. Prueba "t" para el área de Salud.

	PRE		POST		DIFER	
	X	d.st	X	d.st	X	d.st
G1	5.36	.865	5.43	1.06	-.068	1.53
G2	5.78	.551	5.44	1.10	.344	1.16
t(103)	-3.06		-.05		-1.57	
p	.00*		.96		.12	

La prueba "t" para Salud no es significativa (p .12), lo que explica que las diferencias entre los grupos antes-después del tratamiento no fueron lo suficientemente considerables para impactar alguna variación. Sin embargo el grupo 1 refleja un ligero incremento (5.36 vs 5.43) en comparación con el grupo 2 (5.78 vs 5.44), lo que significa que (al igual que en las áreas anteriores) la técnica lúdica sigue siendo más eficaz que la otra.

Tabla 22. Prueba "t" para el área de Eventos Negativos.

	PRE		POST		DIFER	
	X	d.st	X	d.st	X	d.st
G1	8.61	1.58	9.20	2.00	-.590	2.24
G2	10.2	.596	9.26	1.94	.983	2.07
t(103)	-7.35		-.15		-3.71	
p	.00*		.88		.00*	

Se observan diferencias estadísticamente significativas con respecto a la prueba "t" (p .00) entre los grupos 1 y 2 pre-postest respectivamente. Las medias del grupo 1 antes-después presentan un incremento importante (8.61 vs 9.20) en relación con las del grupo 2 (10.2 vs 9.26). La técnica lúdica sigue presentando diferencia en la eficacia en comparación con la expositiva en esta área y en general en la investigación. A pesar de que en términos totales las diferencias no sean significativas y no se hayan presentado cambios considerables que hubieran impactado de forma más amplia en nuestro tratamiento experimental.

Se les pidió a los sujetos al finalizar el curso de orientación (solamente en el caso de los grupos 1 y 2, que correspondieron a los grupos experimentales) redactaran su opinión acerca de como les había parecido la exposición de los temas, cómo se habían sentido durante el curso, si este fue de su agrado o no, si consideraban que era importante la información que se había manejado; etc. Se les dijo que la información que ellos proporcionarían era confidencial y que serviría para resumir lo expuesto en el curso de orientación.

La información obtenida se distribuyó mediante frecuencias de palabras que se dividieron en positivas y negativas respectivamente.

Dicha distribución presentamos a continuación:

Tabla 1. Palabras positivas expresadas por los alumnos (opinión) después del curso de orientación correspondiente a la técnica lúdica y expositiva.

PALABRAS (+)	LÚDICA		EXPOSITIVA	
	FREC	PORC	FREC	PORC
TE AYUDA	2	6%	1	2.9%
SE APRENDE	4	13%	6	18.2%
SE JUEGA	3	10%		
GUSTA	4	13%	2	6.1%
PIENSAS	1	3%		
TE EXPRESAS	1	3%	3	8.8%
MEJORAS	1	3%	1	2.9%
DIVERTIDO	2	6%	2	6.1%
TE CUIDAS	1	3%		
BIEN	10	33%	9	26.4%
SIRVE			2	6.1%
REFLEXIONAS			2	6.1%
EDUCATIVO			1	2.9%
EXPERIENCIA			1	2.9%
INTERESANTE			4	11.0%
CREATIVO	1	3%		
total	30	100%	34	100%

Tabla 2. Palabras negativas expresadas por los alumnos (opinión) después del curso de orientación correspondiente a la técnica expositiva.

PALABRAS (-)	FREC	PORC
ABURRIDO	2	6.1%

*Nota: Solamente se expresó esta palabra negativa del curso y fue en este grupo; por lo que el porcentaje está sacado de acuerdo al número total de sujetos(34).

Con respecto a palabras negativas la técnica lúdica no presentó alguna, por lo que no se registró ninguna frecuencia ni porcentaje al respecto.

Como puede observarse en términos generales la opinión expresada por parte de los sujetos en relación al curso de orientación impartido (según sea el caso) es positiva, mostrando una percepción en muchos casos óptima, en donde se refleja una atmósfera y ambiente (así por lo menos lo muestran los comentarios) adecuados para que en ambos grupos se diera una buena dinámica, que consecuentemente influyera en eficacia y éxito de la investigación, en el sentido de impactar diferencias en cuanto a las técnicas aplicadas.

La comparación de palabras y expresiones por grupos nos muestra que no existen diferencias grandes en cuanto a la percepción de uno y otro grupo; aunque se pueden ubicar diferencias, en cuanto a características que suponen distinciones entre las técnicas de enseñanza expuestas. Por ejemplo la expresión "se aprende" tiene mayor frecuencia en la técnica expositiva (6) que en la técnica lúdica (4) quizás debido a que la técnica expositiva (también conocida como tradicional) es una de las técnicas más usadas en nuestros sistemas de educación y los sujetos pueden estar más familiarizados a este en cuestión de aprendizaje (o quizás lo asocian con este).

Caso contrario sucede con la expresión "gusta" ya que la técnica lúdica (4) presenta mayor frecuencia que la técnica expositiva (2), probablemente debido a que por los elementos lúdicos que conlleva dicha técnica, los sujetos la asocian con el placer y con cierta gratificación, inherente a la actividad misma.

La presentación de estas frecuencias proporciona (en cuanto a nuestra investigación) más elementos de análisis para ubicar de manera más objetiva, nuestros resultados en el marco general de nuestra experimentación así como para determinar posibles causas, que influyeron en el curso de nuestro tratamiento. Creemos que en cuanto a la dinámica generada en cada uno de los grupos (con base en estos datos), se gestó un clima positivo que influyó de manera óptima en la aplicación de cada una de las sesiones que comprendió el curso aplicado.

De acuerdo con la forma de calificación del instrumento propuesta por el Modelo Preventivo de Riesgo Psicosocial en la Adolescencia (Chimalli), obtuvimos los puntajes de calificación siguiendo los pasos expuestos (ver Instrumento) en donde obtuvimos los siguientes resultados que expresamos a continuación en tablas:

A. TÉCNICA LÚDICA.

Tabla A1. Resultados obtenidos según el protocolo de calificación del instrumento (Chimalli) para la técnica lúdica (grupo 1) antes (pretest) de la aplicación del tratamiento experimental correspondiente al área de DROGAS.

	Suma por pregunta	Suma por área	Nivel de protección grupal	Diagnostico grupal
1	27	200	6	17
2	34			
3	15			
4	29			
5	33			
6	31			
7	31			

Tabla A2. Resultados obtenidos según el protocolo de calificación del instrumento (Chimalli) para la técnica lúdica (grupo 1) después (postest) de la aplicación del tratamiento experimental correspondientes al área de DROGAS.

	Suma por pregunta	Suma por área	Nivel de protección grupal	Diagnóstico grupal
1	26	232	7	20
2	34			
3	16			
4	34			
5	34			
6	31			
7	26			

Tabla A3. Resultados obtenidos según el protocolo de calificación del instrumento (Chimalli) para la técnica lúdica (grupo 1) antes (pretest) de la aplicación del tratamiento experimental correspondiente al área de SEXUALIDAD.

	Suma por pregunta	Suma por área	Nivel de protección grupal	Diagnóstico grupal
1	30	163	5	14
2	23			
3	31			
4	33			
5	23			
6	23			

Tabla A4. Resultados obtenidos según el protocolo de calificación del instrumento (Chimalli) para la técnica lúdica (grupo 1) después (postest) de la aplicación del tratamiento experimental correspondiente al área de SEXUALIDAD.

	Suma por pregunta	Suma por área	Nivel de protección grupal	Diagnóstico grupal
1	31	138	4	11
2	18			
3	13			
4	28			
5	22			
6	26			

Tabla A5. Resultados obtenidos según el protocolo de calificación del instrumento (Chimalli) antes (pretest) de la aplicación del tratamiento experimental correspondiente al área de ACTOS ANTISOCIALES.

	Suma por pregunta	Suma por área	Nivel de protección grupal	Diagnóstico grupal
1	32	147	4	11
2	27			
3	23			
4	32			
5	33			

Tabla A6. Resultados obtenidos según el protocolo de calificación del instrumento (Chimalli) después (postest) de la aplicación del tratamiento experimental correspondiente al área de ACTOS ANTISOCIALES.

	Suma por pregunta	Suma por área	Nivel de protección grupal	Diagnóstico grupal
1	31	139	4	11
2	33			
3	26			
4	23			
5	26			

Tabla A7. Resultados obtenidos según el protocolo de calificación del instrumento (Chimalli) antes (pretest) de la aplicación del tratamiento experimental correspondiente al área de SALUD.

	Suma por pregunta	Suma por área	Nivel de protección grupal	Diagnóstico grupal
1	33	191	6	17
2	31			
3	31			
4	31			
5	32			
6	33			

Tabla A8. Resultados obtenidos según el protocolo de calificación del instrumento (Chimalli) después (postest) de la aplicación del tratamiento experimental correspondiente al área de SALUD.

	Suma por pregunta	Suma por área	Nivel de protección grupal	Diagnóstico grupal
1	30	181	5	14
2	29			
3	30			
4	30			
5	30			
6	32			

Tabla A9. Resultados obtenidos según el protocolo de calificación del instrumento (Chimalli) antes (pretest) de la aplicación del tratamiento experimental correspondiente al área de EVENTOS NEGATIVOS.

	Suma por pregunta	Suma por área	Nivel de protección grupal	Diagnóstico grupal
1	34	321	9	26
2	33			
3	29			
4	27			
5	31			
6	32			
7	30			
8	31			
9	13			
10	32			
11	29			

Tabla A10. Resultados obtenidos según el protocolo de calificación del instrumento (Chimalli) después (postest) de la aplicación del tratamiento experimental correspondiente al área de EVENTOS NEGATIVOS.

	Suma por pregunta	Suma por área	Nivel de protección grupal	Diagnóstico grupal
1	31	308	9	26
2	32			
3	29			
4	28			
5	27			
6	28			
7	31			
8	30			
9	12			
10	30			
11	30			

B. TÉCNICA EXPOSITIVA

Tabla B1. Resultados obtenidos según el protocolo de calificación del instrumento (Chimalli) antes (pretest) de la aplicación del tratamiento experimental correspondiente al área de DROGAS.

	Suma por pregunta	Suma por área	Nivel de protección grupal	Diagnóstico grupal
1	30	204	5	14
2	36			
3	3			
4	33			
5	35			
6	36			
7	31			

Tabla B2. Resultados obtenidos según el protocolo de calificación del instrumento (Chimalli) después (postest) de la aplicación del tratamiento experimental correspondiente al área de DROGAS.

	Suma por pregunta	Suma por área	Nivel de protección grupal	Diagnóstico grupal
1	28	196	5	14
2	35			
3	6			
4	32			
5	35			
6	31			
7	29			

Tabla B3. Resultados obtenidos según el protocolo de calificación del instrumento (Chimalli) antes (postest) de la aplicación del tratamiento experimental correspondiente al área de SEXUALIDAD.

	Suma por pregunta	Suma por área	Nivel de protección grupal	Diagnóstico grupal
1	35	202	5	14
2	29			
3	35			
4	44			
5	29			
6	30			

Tabla B4. Resultados obtenidos según del protocolo de calificación del instrumento (Chimalli) después (postest) de la aplicación del tratamiento experimental correspondiente al área de SEXUALIDAD.

	Suma por pregunta	Suma por área	Nivel de protección grupal	Diagnóstico grupal
1	35	175	4	11
2	25			
3	34			
4	33			
5	27			
6	21			

Tabla B5. Resultados obtenidos según el protocolo de calificación del instrumento (Chimalli) antes (pretest) de la aplicación del tratamiento experimental correspondiente al área de ACTOS ANTISOCIALES.

	Suma por pregunta	Suma por área	Nivel de protección grupal	Diagnóstico grupal
1	31	161	4	11
2	35			
3	29			
4	33			
5	33			

Tabla B6. Resultados obtenidos según el protocolo de calificación del instrumento (Chimalli) después (postest) de la aplicación del tratamiento experimental correspondiente al área de ACTOS ANTISOCIALES.

	Suma por pregunta	Suma por área	Nivel de protección grupal	Diagnóstico grupal
1	32	152	4	11
2	34			
3	24			
4	30			
5	32			

Tabla B7. Resultados obtenidos según el protocolo de calificación del instrumento (Chimalli) antes (pretest) de la aplicación del tratamiento experimental correspondiente al área de SALUD.

	Suma por pregunta	Suma por área	Nivel de protección grupal	Diagnóstico grupal
1	46	208	5	14
2	30			
3	33			
4	32			
5	34			
6	33			

Tabla B8. Resultados obtenidos según el protocolo de calificación del instrumento (Chimalli) después (postest) de la aplicación del tratamiento experimental correspondiente al área de SALUD.

	Suma por pregunta	Suma por área	Nivel de protección grupal	Diagnóstico grupal
1	35	201	5	14
2	32			
3	32			
4	32			
5	34			
6	36			

Tabla B9. Resultados obtenidos según el protocolo de calificación del instrumento (Chimalli) antes (pretest) de la aplicación del tratamiento experimental correspondiente al área de EVENTOS NEGATIVOS.

	Suma por pregunta	Suma por área	Nivel de protección grupal	Diagnóstico grupal
1	35	366	10	28
2	46			
3	35			
4	35			
5	32			
6	34			
7	36			
8	31			
9	12			
10	34			
11	36			

Tabla B10. Resultados obtenidos según el protocolo de calificación del instrumento (Chimalli) después (postest) de la aplicación del tratamiento experimental correspondiente al área de EVENTOS NEGATIVOS.

	Suma por pregunta	Suma por área	Nivel de protección grupal	Diagnóstico grupal
1	35	339	9	26
2	32			
3	35			
4	33			
5	29			
6	31			
7	32			
8	30			
9	17			
10	33			
11	32			

C. GRUPO CONTROL

Tabla C1. Resultados obtenidos según el protocolo de calificación del instrumento (Chimalli) antes (pretest) de la aplicación del tratamiento experimental correspondiente al área de DROGAS.

	Suma por pregunta	Suma por área	Nivel de protección grupal	Diagnóstico grupal
1	28	190	5	14
2	32			
3	5			
4	28			
5	34			
6	31			
7	32			

Tabla C2. Resultados obtenidos según el protocolo de calificación del instrumento (Chimalli) después (postest) de la aplicación del tratamiento experimental correspondiente al área de DROGAS.

	Suma por pregunta	Suma por área	Nivel de protección grupal	Diagnóstico grupal
1	30	194	5	14
2	33			
3	6			
4	31			
5	33			
6	31			
7	30			

Tabla C3. Resultados obtenidos según el protocolo de calificación del instrumento (Chimalli) antes (pretest) de la aplicación del tratamiento experimental correspondiente al área de SEXUALIDAD.

	Suma por pregunta	Suma por área	Nivel de protección grupal	Diagnóstico grupal
1	32	174	4	11
2	28			
3	34			
4	35			
5	26			
6	19			

Tabla C4. Resultados obtenidos según el protocolo de calificación del instrumento (Chimalli) después (postest) de la aplicación del tratamiento experimental correspondiente al área de SEXUALIDAD.

	Suma por pregunta	Suma por área	Nivel de protección grupal	Diagnóstico grupal
1	31	170	4	11
2	28			
3	33			
4	32			
5	24			
6	22			

Tabla C5. Resultados obtenidos según el protocolo de calificación del instrumento (Chimalli) antes (pretest) de la aplicación del tratamiento experimental correspondiente al área de ACTOS ANTISOCIALES.

	Suma por pregunta	Suma por área	Nivel de protección grupal	Diagnóstico grupal
1	33	160	4	11
2	40			
3	25			
4	28			
5	34			

Tabla C6. Resultados obtenidos según el protocolo de calificación del instrumento (Chimalli) después (postest) de la aplicación del tratamiento experimental correspondiente al área de ACTOS ANTISOCIALES.

	Suma por pregunta	Suma por área	Nivel de protección grupal	Diagnóstico grupal
1	31	134	3	8
2	28			
3	20			
4	25			
5	30			

Tabla C7. Resultados obtenidos según el protocolo de calificación del instrumento (Chimalli) antes (pretest) de la aplicación del tratamiento experimental correspondiente al área de SALUD.

	Suma por pregunta	Suma por área	Nivel de protección grupal	Diagnóstico grupal
1	35	210	6	17
2	32			
3	31			
4	34			
5	33			
6	45			

Tabla C8. Resultados obtenidos según el protocolo de calificación del instrumento (Chiamalli) después (postest) de la aplicación del tratamiento experimental correspondiente al área de SALUD.

	Suma por pregunta	Suma por área	Nivel de protección grupal	Diagnóstico grupal
	34	188	5	14
2	33			
3	31			
4	28			
5	29			
6	33			

Tabla C9. Resultados obtenidos según el protocolo de calificación del instrumento (Chimalli) antes (pretest) de la aplicación del tratamiento experimental correspondiente al área de EVENTOS NEGATIVOS.

	Suma por pregunta	Suma por área	Nivel de protección grupal	Diagnóstico grupal
1	34	338	9	26
2	31			
3	32			
4	33			
5	28			
6	32			
7	41			
8	30			
9	15			
10	34			
11	28			

Tabla C10. Resultados obtenidos según el protocolo de calificación del instrumento (Chimalli) después (postest) de la aplicación del tratamiento experimental correspondiente al área de EVENTOS NEGATIVOS.

	Suma por pregunta	Suma por área	Nivel de protección grupal	Diagnóstico grupal
1	32	326	9	26
2	32			
3	31			
4	33			
5	28			
6	33			
7	31			
8	33			
9	12			
10	33			
11	28			

CAPITULO IX. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Como ya antes lo hemos señalado la hipótesis ha probar en este estudio fue "Si las técnicas de enseñanza lúdico participativa y expositivo tradicional ayudan a adquirir conocimientos para la prevención de conductas de alto riesgo en adolescentes dentro de un programa de prevención de fármaco dependencia (OPA)". Sin embargo igualmente importante fue nuestro propósito de probar y conocer la eficacia del instrumento "Chimalli" desarrollado dentro del campo de las actitudes para extender su uso a la problemática de nuestro estudio, es decir, para extender su uso principalmente propuesto a un campo institucional, como el caso de Centro de Integración Juvenil (CIJ) en su programa dirigido a adolescentes (OPA) desarrollado para la prevención de la fármaco dependencia (FD) en la población adolescente, lo que motivo aplicarlo en el campo de la enseñanza y ver si este (por su características flexibles y sencillas) serviría en su implementación en la estructura preventiva de Centros de Integración Juvenil. Ya que se hace indispensable contar con instrumentos que valúen los conocimientos adquiridos por los adolescentes en los cursos de orientación, así como su aplicación concreta en la aplicación de los mismos.

En lo que sigue discutiremos nuestros hallazgos y hacemos algunas conclusiones basadas en los resultados que acaban de exponerse.

Habiendo obtenido diferencias no significativas se procedió a la aceptación de la hipótesis estadística de las no diferencias ,en la prueba de las medias de las técnicas utilizadas, por lo que concluimos, que la técnica lúdica produce los mismos resultados que la técnica expositiva , y que los resultados de estas no difieren del grupo control. Es decir no se confirmó la hipótesis de trabajo.

Frente a estos resultados inesperados y dado el otro propósito relacionado con la utilidad del instrumento, se procedió a la realización de un análisis exhaustivo para encontrar las razones de tales resultados. Entre estos destacan los siguientes:

a) Se encontraron diferencias significativas entre las medias de los pretest que favorecían de inicio como tendencia y en la mayoría de las áreas a la técnica expositiva. Esta fue una situación determinante y provocada principalmente por que se tuvo que trabajar por razones institucionales con grupos intactos, es decir, sin poder utilizar la estrategia de la selección aleatoria que "garantiza" hasta ciertos limites la comparación o el equilibrio entre las variables extrañas. Debe subrayarse que la asignación al azar de los sujetos a los distintos tratamientos no consiguió ni mejoro el problema planteado por la no selección aleatoria inicial.

Esto es importante porque frecuentemente se piensa que el uso de la segunda estrategia (asignación de sujetos a los diferentes tratamientos al azar) compensa la ausencia de la primera (asignación aleatoria al azar).

b) Se encontró que los reactivos del instrumento "Chimalli" no presenta los grados de dificultad requeridos para el aprendizaje. Los porcentajes del pretest (ver análisis por reactivo) muestran que son altamente cercanos al total de las respuestas correctas por parte de los grupos, lo que significa que para poder presentar en "promedio de los porcentajes de dificultad de los reactivos.... al rededor del 50%" Wood (1971).

Por tal razón y con base a los resultados arrojados en la presente investigación se concluye que el instrumento no es viable para medir conocimientos, por lo tanto , no es útil para el objetivo propuesto en esta investigación, ya que no fue posible adecuar el instrumento para la medición de conocimientos.

SUGERENCIAS.

Nuestra experiencia de trabajo en Centros de Integración Juvenil nos llevó a desarrollar esta investigación, para satisfacer la demanda de tener programas preventivos cada vez más acordes a las necesidades que presenta la población de nuestro estudio (adolescentes), específicamente en el contexto educativo (escuela), que no está demás recordar, que es uno de los programas institucionales prioritarios con los que cuenta Centros de Integración en su aspecto preventivo. La importancia de contar con instrumentos que permitan evaluar de manera clara, práctica, fácil y sencilla los programas inscritos al aspecto de orientación preventiva resulta prioritario, tomando en cuenta la disponibilidad de los mismos, aunado a la brevedad de tiempo con el que se cuenta, para la implementación y aplicación de los cursos.

Uno de nuestros objetivos buscó probar la utilidad de un instrumento que ofrecía estas características que consideramos "idóneas" para el trabajo en esta línea (orientación preventiva a adolescentes), si bien, el instrumento constituyó una escala de actitud, por su claridad y flexibilidad de conceptos y reactivos, intentamos adecuarla a nuestros fines. Por la estructura, contenido temático y desarrollo de nuestro curso de orientación este instrumento nos llamó la atención para explorar su utilización bajo otras condiciones, a las que originalmente fue diseñado.

Debido a que no se cuenta con instrumentos que procuren una evaluación eficiente, rápida y precisa, sugerimos otras investigaciones que se aboquen a la tarea de adecuar instrumentos que cumplan con estas condiciones que consideramos indispensables para la efectividad de los programas que instituciones como la antes mencionada consideran pilares para su labor sanitaria. Asimismo, sugerimos también investigaciones que se planteen como tarea la construcción de instrumentos específicos para este tipo de programa dentro de Centros de Integración; lamentablemente nosotros por limitaciones de diversa índole y por distintos intereses no pudimos llevar a cabo. Por último, consideramos y sugerimos a la institución continuidad en el desarrollo y evaluación de investigaciones en programas como este para la unificación de criterios que en su conjunto constituirían un frente mucho más seguro y efectivo.

ANEXOS.

SESIÓN: 2
 TEMA: ADOLESCENCIA
 TÉCNICA: LÚDICA
 ACTIVIDAD: MARATÓN

PREGUNTAS	RESPUESTAS
Que es la adolescencia	La adolescencia es un periodo de desarrollo en el que se presentan cambios físicos y psicológicos.
A que edad da inicio la adolescencia	La adolescencia inicia en las niñas a los 11 años y en los niños a los 13 años aunque puede variar.
Mencione tres ejemplos de cambios físicos secundarios que se observan durante la adolescencia	Mujeres: brote de vello axilar y alrededor de los órganos sexuales, crecimiento de busto, acumulación de grasas en la cadera. Hombres: brote de vello axilar y en brazos y piernas y alrededor de los órganos sexuales, crecimiento de testículos y pene, engrosamiento de espaldas.
Cual es el cambio mas notorio que ocurre en las mujeres al llegar a la adolescencia	El cambio mas visible en las mujeres es el desarrollo de los pechos o mamas
Cual es el nombre de las hormonas femeninas	Estrogenos y progesterona. Ambos dan origen a la aparición de los cambios físicos durante la adolescencia
En que parte de la mujer se localizan los ovarios	Se localizan en ambos extremos de las trompas de falopio
Que es el himen	Es una membrana semi rigida que tiene diferentes formas y permite en su centro la salida de la menstruación
Cual es el órgano sexual de la mujer	El órgano sexual de la mujer se conoce como Vulva

Que es el pene	Es el órgano sexual masculino que tiene como función excreción de la orina y en su estado erecto la eyaculación del semen
Que es la eyaculación	Es el proceso mediante el cual sale el semen del cuerpo a través de la abertura del pene
Cuando ocurre la eyaculación	Ocurre mediante el sueño y/o como resultado de caricias; por masturbación o por coito
Cuando inicia la producción de espermatozoides	Inicia el la pubertad y termina con la muerte
Que partes forman el espermatozoide	Un espermatozoide esta formado por: cabeza, cuello y cola
A que se le llama ovulación	Al proceso mediante el cual un ovario libera un óvulo maduro.
Que son los anticonceptivos	Son las diferentes medidas por las cuales se trata de evitar un embarazo o el contagio de una enfermedad venérea
Como se clasifican los métodos anticonceptivos	Se clasifican en: a) Naturales b) De barrera c) Corporales d) Irreversibles
Que son las enfermedades de transmisión sexual	Son infecciones que se contraen al tener una relación sexual con alguna persona que las padece
Cuales son las enfermedades de transmisión sexual mas peligrosas	El SIDA, la gonorrea, la sífilis,
Cual es la bacteria causante de la gonorrea	La bacteria conocida como gonococo
Que consecuencias tiene una mujer que adquiere gonorrea	En la mujer provoca esterilidad, artritis, meningitis, hepatitis, inflamación pélvica

Cuales son las fases de la sífilis	1.- Lesión provocada por una bacteria llamada chancro 2.- Perdida de cabello, ulceras en garganta y glándulas inflamadas 3.- Sordera, ceguera y muerte
Cuando se dice que existe un abuso sexual	Cuando alguien nos obliga a hacer algo de tipo sexual ya sea acariciar, besar o establecer coito
Que es sometimiento	Cuando se tiene que hacer algo que no se desea ya sea por ignorancia o temor
Cuantos tipos de sometimiento hay	a) En el que no existen consecuencias severas b) En la que existe un daño físico, psicológico o moral
Que es la seducción	Cuando se nos induce a tener algún tipo de relación sexual por medio de regalos, caricias o amenazas

MENSAJES

- 1. Cuando una persona nos manipula sexualmente y nos obliga a hacer algo que no nos gusta, debemos rechazarla aun cuando se trate de una persona que conocemos y por la que sentimos afecto. En caso de que nos sea difícil hacerlos debemos pedir ayuda.**
- 2. Ser padre o madre es una de las experiencias mas intensas en la vida del ser humano sin embargo, todo requiere de un momento especial, adecuado, con plena conciencia de los actos.**
- 3. Al iniciar una relación con el sexo opuesto se debe diferenciar entre emoción y amor, así como aprender a tener derecho a nuestra intimidad e individualidad**
- 4. La sexualidad entre la pareja es algo que se da como consecuencia de una relación sólida en la que existe buena comunicación, intercambio de afectos, información, tiempo libre y respeto.**

SESIÓN: 3
TEMA: COMUNICACION
TÉCNICA: LÚDICA
ACTIVIDAD: ROMPECABEZAS



TRANSMISION

- Quien emite un mensaje
- codifica su mensaje de acuerdo al receptor

INFORMACION

- Debe ser clara y correcta

RECEPTOR

- Discrimina la importancia del mensaje

SESIÓN: 3

TEMA: COMUNICACION

TÉCNICA: LÚDICA

ACTIVIDAD: DILO CON MIMICA

1. La vida en el abismo
 2. El paciente ingles
 3. Alicia antes del fin del mundo
 4. El pico de Dante
- Claro oscuro

SESIÓN: 3

TEMA: COMUNICACION

TÉCNICA: LÚDICA

ACTIVIDAD: TELEFONO DESCOMPUESTO

1. Tenemos que saber que lo que decimos no afecta a otras personas
 2. Debemos saber como hacernos escuchar
 3. Debemos saber discriminar información cierta de la falsa
 4. Hay que saber en quien confiar
- Es importante tener comunicación en casa

INSTRUMENTO

A CONTINUACION TE PRESENTAMOS UNA SERIE DE AFIRMACIONES QUE TIENEN DOS ALTERNATIVAS DE RESPUESTA, SEÑALADAS CON LAS LETRAS A Y B. SIN EMBARGO, SOLO PODRAS ELEJIR UNA DE LAS DOS ALTERNATIVAS QUE SE TE PRESENTAN. ANOTA EN EL CUADRO DE LA DERECHA LA LETRA DE LA OPCION QUE HAZ ELEGIDO.

1. UNA PERSONA QUE FUMA: ()
A) SI NO LO DESEA NO LLEGARA A LA ADICCION
B) PUEDE LLEGAR A SER ADICTO AL TABACO.

2. EL HABITO DE FUMAR: ()
A) ES AGRADABLE Y EL DAÑO QUE OCASIONA ES RELATIVO.
B) DEBE EVITARSE PORQUE PROVOCA UN DAÑO EN EL MEDIO AMBIENTE Y EN EL ORGANISMO.

3. CON EL GRUPO DE AMIGOS SE EXPERIMENTA: ()
A) SENTIMIENTOS DE SOLIDARIDAD, APOYO Y RESPETO QUE SE PUEDEN PERDER, SINO ACCEDEMOS A LA PRESION PARA HACER CIERTAS COSAS, ENTRE ELLAS USAR DROGAS DE VEZ EN CUANDO.
B) SENTIMIENTOS DE SOLIDARIDAD, APOYO Y RESPETO QUE NO DEPENDEN DE USAR DROGAS.

4. EL ABUSO DE SUSTANCIAS OCASIONA: ()
A) PROBLEMAS MEDICOS, LEGALES Y PERSONALES.
B) SI UNO SABE MANEJAR ESTE ABUSO, ENTONCES NO TRAERA CONSECUENCIAS.

5. SI UN AMIGO ES ADICTO: ()
A) ES SU PROBLEMA, NO HAY NADA QUE SE PUEDA HACER EN SU BENEFICIO.
B) PODEMOS AYUDARLO Y MOTIVARLO Y ACOMPAÑARLO A PEDIR AYUDA ESPECIALIZADA.

6. INFORMARSE SOBRE LA SEXUALIDAD: ()
A) NOS PERMITE CONOCER SUCESOS Y FENOMENOS QUE DE OTRA MANERA NO CONOCERIAMOS.
B) NO ES MUY IMPORTANTE, PUES CONOCEMOS NUESTRO CUERPO POR EXPERIENCIA.
7. REFLEXIONAR SOBRE NUESTRAS SENSACIONES: ()
A) AYUDA A DISTINGUIR LO "BUENO" DE LO "MALO".
B) AYUDA A PENSAR ANTES DE ACTUAR.
8. UN ADOLESCENTE: ()
A) ES AUN DEMASIADO JOVEN COMO PARA PONERSE A PENSAR EN COMO EVITAR UN EMBARAZO FUERA DE TIEMPO.
B) DEBE DE SABER LAS FORMAS DE EVITAR UN EMBARAZO, PUESTO QUE ESTO FORMA PARTE DE SU CRECIMIENTO COMO SER HUMANO.
9. LAS PERSONAS JOVENES QUE REALIZAN ACTOS ANTISOCIALES: ()
A) ESTAN MUY NECESITADOS DE CARIÑO Y ACEPTACION.
B) SON PERSONAS QUE DEBERIAN ESTAR EN LA CARCEL O EN OTRO LUGAR FUERA DE LA ESCUELA Y DEL HOGAR.
10. EL DINERO FACIL QUE SE OBTIENE POR CORRUPCION O VENTA ILEGAL DE DROGAS: ()
A) PUEDE DISFRUTARSE DE LA MISMA MANERA QUE EL DINERO QUE SE OBTIENE DEL TRABAJO HONESTO.
B) NO SE DISFRUTA PUES LA ANGUSTIA DE HACER ALGO ILEGAL ES UN INGREDIENTE NEGATIVO.
11. CUANDO NOS SENTIMOS ENFERMOS LO MEJOR ES: ()
A) CONSULTAR CON ALGUNA PERSONA QUE HAYA PADECIDO LOS MISMOS SINTOMAS QUE EXPERIMENTAMOS NOSOTROS.
B) CONSULTAR DIRECTAMENTE A UN MEDICO ESPECIALISTA.
12. CUANDO EXISTE UNA ALIMENTACION SANA LAS PERSONAS SE SIENTEN: ()
A) IGUAL QUE SIEMPRE. EL ESTADO DE ANIMO DEPENDE DE OTRA COSA.
B) ALEGRES Y LLENOS DE ENERGIA.
13. TOMAR REFRESCO CON FRECUENCIA: ()
A) NO TIENE PORQUE HACER DAÑO, SI ASI FUERA, NO LO VENDERIAN EN LAS TIENDAS NI LO ANUNCIARIAN.

B) ES UNA MALA COSTUMBRE QUE A LA LARGA AFECTA NUESTRA SALUD.

14. UNA ACTITUD ADECUADA FRENTE AL FRACASO ES: ()

A) HACER LO POSIBLE POR AGRADAR A LOS DEMAS PARA SER ACEPTADO.

B) REFLEXIONAR SOBRE LAS ALTERNATIVAS QUE TENEMOS PARA HACERLO MEJOR LA PROXIMA VEZ.

15. SI POR ALGUN MOTIVO UNA JOVEN DETIENE UN EMBARAZO (ABORTA) PORQUE OCURRE CUANDO AUN ES DEMASIADO JOVEN LO MEJOR ES ()

A) APRENDER DE LA EXPERIENCIA DIFICIL Y BUSCAR APOYO EMOCIONAL.

B) DEJAR DE VER A SUS AMIGOS Y PROCURAR NO COMENTARLO CON NADIE PUES ES UNA EXPERIENCIA VERGONZOSA.

16. SI ALGUNA VEZ UN JOVEN TIENE UNA MALA EXPERIENCIA PERSONAL LEGAL O FAMILIAR POR HABER USADO DROGAS: ()

A) ESE JOVEN NO DEBE TEMER NADA, NO POR ESE SOLO HECHO ES UNA PERSONA VICIOSA O DESPRECIABLE. LO QUE DEBERIA HACER ES COMENTAR ESA EXPERIENCIA CON ALGUN ESPECIALISTA.

B) SI NO OCURRIO NADA GRAVE, POR EJEMPLO, HABER SIDO ENCARCELADO U HOSPITALIZADO SERA MEJOR NO COMENTARLO CON NADIE.

17. SI EN UNA FAMILIA EXISTE UN MIEMBRO QUE ES ALCOHOLICO O DROGADICTO LO MEJOR ES: ()

A) ACUDIR A UN GRUPO DE AUTO AYUDA, PUES EL PROBLEMA AFECTA A TODA LA FAMILIA.

B) LA FAMILIA PUEDE SOBRELLEVAR LAS DIFICULTADES SI SOMOS FUERTES.

18. CUANDO LOS PADRES SE SEPARAN: ()

A) LOS HIJOS SUFREN, PERO SE DAN CUENTA QUE EL PROBLEMA NO HA SIDO POR SU CAUSA.

B) LOS HIJOS DEBEN SER LEALES AL PAPÁ O A LA MAMÁ.

19. EL EXCESO EN EL COMER O EN EL BEBER: ()

A) ES ALGO QUE FORMA PARTE DE NUESTRA MANERA DE SER Y DE VIVIR Y POR TANTO NO PUEDE SER CONTROLADO A VOLUNTAD.

B) ES ALGO QUE PODEMOS APRENDER A CONTROLAR SI TOMAMOS CONCIENCIA DE QUE EL ABUSO DESTRUYE POCO A POCO NUESTRO CUERPO.

20. REFLEXIONAR SOBRE LOS ANUNCIOS CONSUMISTAS DE BEBIDAS ALCOHOLICAS AYUDA A: ()

A) DARNOS CUENTA DE QUE LA ALEGRIA Y LA CAPACIDAD DE DISFRUTAR Y RELACIONARNOS CON LA GENTE NO DEPENDE DEL ALCOHOL.

B) ES UNA PERDIDA DE TIEMPO PUES LO ESCUCHAMOS EN LA T.V. NO INFLUYE EN NUESTRA CONDUCTA DIARIA.

21. CONOCER NUESTRO CUERPO: ()

A) ES ALGO QUE NO DEBE DE SUCEDER EN NUESTRA JUVENTUD.

B) AYUDA A ELIMINAR EL MIEDO Y A INCREMENTAR EL AMOR A NOSOSTROS MISMOS.

22. LAS RELACIONES SEXUALES...: ()

A) ES LA CONSECUENCIA DE UNA RELACION EN LA QUE EXISTE COMUNICACION, AMOR Y RESPETO.

B) ES LA CONSECUENCIA DE LA ATRACCION Y EL GUSTO ENTRE LOS JOVENES DE DISTINTOS SEXOS.

23. LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL SON ALGO QUE:

()

A) SE DA CON MAYOR FRECUENCIA ENTRE PROSTITUTAS O PERSONAS QUE LLEVAN UNA VIDA SEXUAL PROMISCUA.

B) ES ALGO QUE PUEDE OCURRIR ENTRE PERSONAS QUE LLEVAN UNA VIDA SEXUAL ACTIVA.

24. EL CORAJE ES UNO DE ESOS SENTIMIENTOS: ()

A) QUE EXPERIMENTAMOS TODOS LOS SERES HUMANOS, PERO QUE PODEMOS APRENDER A MANEJAR Y CONTROLAR.

B) QUE EXPERIMENTAMOS TODOS LOS SERES HUMANOS, PERO QUE PARA CIERTAS PERSONAS ES IMPOSIBLE CONTROLAR.

25. CUANDO UNO ANDA EN UN GRUPO CON LOS AMIGOS, A VECES HACE COSAS QUE NORMALMENTE NO HARIA, SI ESTO SUCEDE: ()

A) NO IMPORTA AL FIN QUE LA CULPA SE DISTRIBUYE ENTRE TODO EL GRUPO Y ASI TE DIVIERTES.

B) LO MEJOR CUANDO UNO ANDA EN UN GRUPO ES NO HACER ALGO QUE DESPUES EN FORMA INDIVIDUAL NOS SERIA VERGONZOSO.

26. LOS JOVENES QUE COMETEN ACTOS ANTISOCIALES: ()

A) ESTAN EN RIESGO DE INICIAR UNA CONDUCTA DELICTIVA.

B) SIMPLEMENTE ES UNA FORMA DE PASAR EL TIEMPO CON LOS AMIGOS.

27. CADA CUERPO ES DIFERENTE, PERO LA SALUD Y EL PESO DEPENDEN DE:

()

A) CONOCERSE A UNO MISMO, OBSERVARSE Y DESCUBRIR EL TIPO DE ALIMENTACION QUE NOS HACE SENTIR BIEN.

B) PREGUNTAR A LOS AMIGOS COMO LE HICIERON PARA BAJAR DE PESO Y HACER LO MISMO QUE ELLOS.

28. EVITAR LAS ENFERMEDADES:

()

A) ES RESPONSABILIDAD DE LOS MEDICOS Y DE LOS ADULTOS.

B) DEBE INTERESAR A LOS JOVENES, PUES EL CUERPO SANO ES EL QUE NOS PERMITE VIVIR BIEN.

29. SI TIENES DIFICULTADES PARA DORMIR:

()

A) UNA MEDICINA PUEDE AYUDARTE.

B) REFLEXIONAR Y HABLAR CON ALGUIEN DE CONFIANZA SOBRE LOS PROBLEMAS QUE TIENES ULTIMAMENTE PUEDE AYUDAR.

30. NUESTRO CUERPO Y NUESTRAS PARTES INTIMAS SON MUY VALIOSAS, SI ALGUIEN LAS MALTRATA O ABUSAN DE NUESTRO CUERPO, LO MEJOR SERA:

()

A) REFLEXIONAR SOBRE PORQUE LO PERMITIMOS, ROMPER LA BARRERA DEL SOMETIMIENTO Y PEDIR AYUDA.

B) TRATAR DE QUE NADIE SE DE CUENTA DE LO QUE ESTA SUCEDIENDO, PUES LA PERSONA QUE ABUSA DE TI TE QUIERE Y NO SE ATREVERA A HACERTE MUCHO DAÑO.

31. ES FRECUENTE DE QUE PRONTO ESTEMOS ABUSANDO DEL ALCOHOL EN LAS FIESTAS Y EN LAS REUNIONES, Y NUESTROS AMIGOS O NUESTRA FAMILIA NOS LO HAGA NOTAR, SI ESTO OCURRE LO MEJOR ES:

()

A) SUPERAR EL ENOJOQUE ESTO OCASIONA Y EMPEZAR A OBSERVARNOS Y ACUDIR A UN ESPECIALISTA DE JOVENES EN BUSCA DE AYUDA.

B) NO HACER CASO, LOS AMIGOS Y SOBRE TODO LA FAMILIA CON FRECUENCIA EXAGERAN LAS SITUACIONES Y SE PREOCUPAN MUCHO. AUNQUE ESTEMOS BEBIENDO EN EXCESO ES SOLO POR DIVERSION.

32. CUANDO NUESTROS PADRES NOS MALTRATAN, LO MAS ADECUADO ES:

()

A) CALLAR Y NO COMENTARLO CON PERSONAS FUERA DE LA FAMILIA, PORQUE PUEDE SER PELIGROSO.

B) PEDIR AYUDA Y HABLAR CON ALGUIEN QUE NOS TENGA AFECTO.

33. EN LA AMISTAD LO QUE DURA PARA SIEMPRE SON:

()

A) LOS SENTIMIENTOS POSITIVOS Y LAS COSAS BUENAS QUE NOS DAN LAS PERSONAS.

B) LAS RELACIONES CON LAS PERSONAS, EL COMPARTIR COSAS JUNTOS.

34. CUANDO SE REPITE EL CICLO ESCOLAR LO MEJOR ES:

()

A) REFLEXIONAR SOBRE NUESTROS ERRORES Y REPARARLOS PARA PASAR EL AÑO EN OTRA ESCUELA.

B) BUSCAR UNA ESCUELA EN LA QUE LA ACTITUD DE LOS MAESTROS SEA MAS TOLERANTE.

35. CUANDO SE EXPERIMENTAN PROBLEMAS CON LA AUTORIDAD POR EJEMPLO CON LOS MAESTROS, LO MAS RECOMENDABLE ES:

()

A) HABLAR CON ELLOS PARA SABER EN QUE FALLAMOS.

B) COMENTARLO CON LOS COMPAÑEROS Y AMIGOS.

GRACIAS POR TU COOPERACION.

REFERENCIAS.

AGUDELO , F. (1990). Orientación biosocial de la educación en salud en la sociedad, México: Médica de Salud.

BRISEÑO, E. (1990) . Estudio comparativo de la identificación en adolescentes mexicanos de 3 clases sociales diferentes . Tesis de Licenciatura ; Facultad de Psicología UNAM, México.

CALLOIS, R. (1986). Los juegos y los hombres. México: La mascara y el vertigo.

COOPERSMITH, S. (1967). The antecedent of self-esteem. San Fco: W. H. Freeman.

CUBERO, C. (1987). Aspectos teóricos del juego y su importancia para la psicología educativa “. Tesis de Licenciatura; Facultad de Psicología UNAM, México.

DEBESSE, MARIE, L. (1968). El entorno en la escuela :una revolución pedagógica didáctica. Barcelona: Fontanella.

DE OLIVEIRA, L. (1986). Niveles estratégicos de los juegos . PERSPECTIVAS: Revista trimestral de educación. España . 6 , 16 - 78 .

DEUTSCH , M., y L ,A , SOLOMON. (1959). Reactions to evaluación by others an influenced by self-evaluation. Sociometry.22, 93-112.

FALS-BORDA, O.(1986). Conocimiento y poder popular . Colombia : Médica de Salud.

FIELDER, M. (1975). Bidirectionality of influence in classroom : interaction. Journal of educational Psychology . 67, 735-744.

FREIRE, P.(1970). Extensión o comunicación : La concientización en el medio rural. (trad. Lilian Ronzoni) Caracas : Imprenta Nacional

GOMEZ, S, L., y GUZMAN , R .(1988). Programa de prevención de farmacodependencia implementado a jóvenes de alto riesgo. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM, México.

FERNÁNDEZ , H , P.(1991). Psicología de la educación: corrientes actuales y teóricas aplicadas. México: Trillas.

- HERNANDEZ, H. P., Y BERTHARCOURT. (1982). Interrelación de la conducta del profesor y la de los alumnos en el salón de clases. VII Congreso de Psicología, Santiago de Compostela.
- HERNANDEZ, H. P., Y L. A. GARCIA. (1990). Objetivos educacionales y perfil cognitivo en las variables de rendimiento académico. Tesis de licenciatura, Universidad de la Laguna, México.
- HERNANDEZ, H. P., Y JIMENEZ, E. (1990) Adaptación e intervención psicoeducativa. México :Secretariado de Publicaciones de la Universidad de la Laguna.
- HIRST, P., Y R. F. DEARDEN. (1970). Educación y desarrollo de la razón :Formación del sentido crítico. Madrid :Narcea.
- HORROCKS , J. (1986) . The psychology of adolescence . (J. Salazar trad.). Psicología del adolescente. México: Trillas.
- HUIZINGA , J. (1984). Homo Ludens .México : Alianza.
- JERSILD, T. (1972). The psychology of adolescence . (M. de la Escalera, trad.). Psicología del adolescente. España: Aguilar.
- KINCH, J. W. (1963). Formaliced theory of the self-concep. America Journal of Sociología. 68 441-486.
- LEIF, J. (1992). Tiempo libre y tiempo para uno mismo. Un reto educativo y cultural. España: Narea.
- LUTTE , G. (1991). Liberar la adolescencia: La Psicología de los jóvenes de hoy Barcelona: Herder.
- MATA, M. A., y QUIROGA , A. H. (1985) . Alcoholismo y drogadicción: Sus desordenes orgánicos . Curso de Capacitación UNAM. México.
- MAURIRAS, M. (1986) Lo que incita a jugar y lo que incita a aprender. PERSPECTIVAS “ : Revista trimestral de educación, México, 6, 16 - 78 .
- McKINNEY, J., FTZGERALD, H., y STROMMEN, A. (1982) Developmental psychology: The adolescent and young adult (P. Rivera trad.). Desarrollo Humano: Adolescencia. México: Manual Moderno.

MENDIOLA, J, DE LA GARZA, F., y RABAGO, S. (1976) Estudio familiar y social de 30 sujetos inhaladores. Primera Reunión Nacional de los Centros de Integración Juvenil . 1 México: Centros de Integración Juvenil.

MARTINEZ, CABRERA, F. (1985). La farmacodependencia como consecuencia de la desintegración familiar. Tesis de licenciatura; Facultad de Psicología. UNAM, México.

MORALES, BEDOLLA, A., y VERGARA, A, J. (1974). Encuesta sobre Farmacodependencia en la población escolar en Barranquilla. Colombia : Cuadernillos Científicos CEMFE.

NERICI, IMIDEO, G. (1973). Hacia una didáctica general . Buenos Aires : Kapelusz.

NERICI, IMIDEO, G. (1980) . Metodología de la enseñanza. México : Kapelusz.

POWELL, M. (1982) . The psychology of adolescence. (L. Tercero trad.) . La Psicología de la adolescencia. México : F.C.E.

ROGERS. (1969) . Libertad y creatividad en la educación :sistema no directivo. Buenos Aires :Paidos.

RÓHRS, H. (1982) . El Juego: Un fenómeno primario de la vida . Revista Educación . México. 5, 25 - 76.

ROSENTHAL, R., Y L, JACOBSON. (1968). Pymailion in the classroom. New York :Holt.

SCHRAML, W. (1977) . Introducción a la Psicología moderna del desarrollo . Barcelona : Herder.

SEGAL, HANNA. (1994). Introducción a la obra de Melanie Klein. México : Paidos.

TRASVIÑA, C. (1990). Orientación para padres de familia con hijos adolescentes para evitar problemas de las crisis en la adolescencia . Tesis de Licenciatura,. Escuela de Pedagogía. Universidad Panamericana. México.

TROW, WILLIAMM. (1941). Educación y tecnología para una experiencia. Buenos Aires :El Ateneo.

VAN DE KOOJI R, POSTHUMUS M. (1986) . Situación actual de la investigación sobre el niño y el juego “ . PERSPECTIVAS: Revista trimestral de educación. México, 6, 52 - 67.

VIAL , J. (1982). Jeu et education les ludotheques . (E. Bajo trad.). Juego y educación, las ludotecas. España: Akal.

WOOD, DOROTHY. (1971). Elaboración de tests :desarrollo e interpretación de los tests de aprovechamiento. MÉXICO : Trillas.